Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Донецька обласна організація асоціації педіатрів України
Кафедра педіатрії №1 ДонНМУ

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ ТА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ

Збірник наукових праць,
присвячений пам'яті професора Ю.М.ВІТЕБСЬКОГО
(VIII випуск)



Донецьк - 2014

УДК 616-053.2(082.2)
ББК 57.3
П 24

Проблемні питання педіатрії та вищої медичної освіти // збірник наукових праць, присвячений пам'яті професора Ю.М.Вітебського: (VIII випуск). - Донецьк: Норд-Пресс, 2014.– 329 с.

Загальна редакція – професор Прохоров Є.В.

Технічна редакція – доцент Островський І.М.

Збірник рекомендовано до видання Науковою Радою ДонНМУ,
протокол № 4 від 16 травня 2014 року

Змістовну правку надісланих матеріалів не проводили.
З питаннями звертатися до авторів робіт.

СОДЕРЖАНИЕ

Требования к статьям……..…….. …..**7**
Образец оформления статьи……..7
Обращение технического редактора к АВТОРАМ……...…..8
ПЕДАГОГИКА
Алимова И.Л., Ибатулин А.Г. ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО НЕОНАТОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА……... …..9
Андрусенко Н.А. ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ…… ….10
Андрусенко Н.А. АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ ИММУНОТЕРАПИИ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ, АЛЛЕРГОЛОГИИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ……..13
Андрусенко Н.А. АКТУАЛЬНІСТЬ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРОВЕДЕННЯ ШКІРНИХ ПРОБ У ДІАГНОСТИЦІ АЛЕРГІЇ ПРИ ВИВЧЕННІ ТЕМИ “АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ”……..…15
Борисова Т.П. СОЗДАНИЕ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО БАЗИСНЫМ И КЛИНИЧЕСКИМ ДИСЦИПЛИНАМ……. ….16
Балычевцева И.В. ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ……..….21
Бравистова Н.А. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА РОЛЕВЫХ ИГР ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ……..….24
Бравистова Н.А. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИЯ ИММУНОГРАММЫ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И МЕЖДУНАРОДНОГО ФАКУЛЬТЕТОВ……..….26
Бравистова Н.А. СОЧЕТАНИЕ ОЧНОГО И ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ – НОВАЯ ФОРМА СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ…….. ….28
Буряк В.Н., Махмутов Р.Ф., Такташов С.И., Пошехонова Ю.В., Шабан Н.И., Бабич В.Л., Сергиенко А.С., Мурашко Е.С., Бессараб П.А. К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРАХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДонНМУ им. М. ГОРЬКОГО……..….31
Вакуленко І.П.,Танасічук-Гажиєва Н.В., Губенко О.В. ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ РАДІОЛОГІЇ МАЙБУТНІМ ПЕДІАТРАМ……39
Вакуленко С.И., Гадецкая С.Г. СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ ВРАЧА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»…… ….43
Вишневский С.Е., Михалик Д.С., Жуков Г.В., Николаенкова Л.И., Погодина М.В., Семченкова М.Ю., Максименкова В.В. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС У СТУДЕНТОВ-ПЕДИАТРОВ В СВЯЗИ С ТЕКУЩИМ КОНТРОЛЕМ ЗАНИЙ И ПУТИ ЕГО СНИЖЕНИЯ……..….45
Воробйова В.Г. МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ТЕМИ “СПЕЦИФІЧНА ІМУНОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З РЕСПІРАТОРНИМИ АЛЕРГОЗАМИ”..... ….48
Воробьева В.Г. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО АЛЛЕРГИИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ…… ….51
Воробьева В.Г. ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ И АЛЛЕРГОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ БОЛОНСКОГО ПРОЦЕССА……..….53
Гадецкая С.Г., Вакуленко С.И. ОСОБЕННОСТИ САМООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ…….. ….56
Голосной Э.В. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ДЛЯ АНГЛОГОВОРЯЩИХ СТУДЕНТОВ НА 5 КУРСЕ……. ….59
Гомозова О.А. ЗАСВОЄННЯ СТУДЕНТАМИ НОВИХ ЗНАНЬ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ…….. ….61
Гомозова О.А. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ФАХІВЦЯ…….....….66
Гомозова О.А. НАЛЕЖНІ ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ…… ….71
Грона Н.В., Мягкова Т.В., Красеха-Денисова В.В. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЦИКЛА «КАРДИОЛОГИЯ» СТУДЕНТАМИ 6 КУРСА……..….74
Данькина І.А., Джеломанова С.О., Данькина В.В., Галалу С.І. ОСОБОВО-ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ…….. ….77

Джеломанова С.О., Чурілов А.В., Данькина І.А., Клєцова М.І. СУЧАСНІ МЕТОДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ……..…79
Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Тутов С.М., Ольшевська О.В. ПРО САМОСТІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №1…….. …81
Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Тутов С.М., Ольшевська О.В. СУЧАСНІ РЕАЛІЇ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ…….. …83
Дядык Е.А., Брук Б.Б., Поляков К.В. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ СОДЕРЖАТЕЛЬНОГО МОДУЛЯ «ПОВРЕЖДЕНИЯ» СТУДЕНТАМ МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА С АНГЛИЙСКИМ ЯЗЫКОМ ОБУЧЕНИЯ……85
Ермакова И. Д., Дегтяренко Е. В., Забышный А. А. ДЕЛОВАЯ ИГРА «ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ» И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ…….. …88
Жаркова Л.П., Козлов С.Н. ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ…… …91
Жданюк Ю.И. ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ……..…93
Жданюк Ю.И. КОМПЬЮТЕРИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ-МЕДИКОВ…….....…95
Жданюк Ю.И. ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ УЧЕБНИКОВ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ……97
Журило И.П., Грона В.Н., Веселый С.В., Москаленко С.В., Мальцев В.Н., Музалев А.А., Сопов Г.А., Сушков Н.Т., Щербинин А.В., Фоменко С.А., Латышов К.В. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ИНТЕРНОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ……99
Журило И.П., Грона В.Н., Веселый С.В., Щербинин А.В., Сушков Н.Т., Мальцев В.Н., Сопов Г.А., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Музалев А.А., Латышов К.В., Анастасов А.Г., Щербинин А.А., Вакуленко М.В., Черкун А.В. РОЛЬ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ……..102
Журило И.П., Грона В.Н., Веселый С.В., Щербинин А.В., Сушков Н.Т., Мальцев В.Н., Сопов Г.А., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Анастасов А.Г., Музалев А.А., Латышов К.В., Щербинин А.А., Вакуленко М.В., Черкун А.В. ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ……...104
Иванишкина Е.В., Хибин Л.С., Удовикова О.И., Цепова Е.Л., Подчеко П.И., Осипенкова Т.А. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ……..108
Коломиец В.В., Ванханен Н.В., Бобрышев К.А., Подоляка В.Л., Рогачева Т.А. ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ…….. ..111
Колесникова О.Л. МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ «ЛЕКАРСТВЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ»…….... ..117
Колесникова О.Л. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ “КРАПИВНИЦА. ОТЕК КВИНКЕ”.....120
Колесникова О.Л. РАБОТА В СТУДЕНЧЕСКОМ НАУЧНОМ ОБЩЕСТВЕ КАК ЭТАП ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ БУДУЩЕГО ВРАЧА……...122
Костецкая Н.И. АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ К РАЦИОНАЛЬНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ……..124
Костецкая Н.И. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ АЛЛЕРГОЛОГИИ ……..125
Костецкая Н.И. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ИММУНОКОМП ПРОЯВЛЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ……...127
Конюшевська А.А., Кривущев Б.І. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ СТУДЕНТАМ ДРУГОГО КУРСУ ТЕМИ «СТРУКТУРА ДИТЯЧИХ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ, ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЇХ РОБОТИ.» З МОДУЛЮ «ДОГЛЯД ЗА ХВОРОЮ ДИТИНОЮ» НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ……...128
Конюшевська А.А., Ярошенко С. Я. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ СТУДЕНТАМ ДРУГОГО КУРСУ ТЕМИ «ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНОГО ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМІВ У ЛІКАРНІ» З МОДУЛЮ «ДОГЛЯД ЗА ХВОРОЮ ДИТИНОЮ» НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ…… ..131

Кривущев Б.И., Абилова Е.И., Тюрина А.С. ЦЕНТР ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ КАК ВАЖНОЕ ЗВЕНО СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ СОГЛАСНО СТАНДАРТАМ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ УКРАИНЫ…….. ..134
Курышева О.А., Налетов А.В. МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ» СТУДЕНТАМ IV КУРСА МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ…. ..137
Лесниченко Д.А. ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ТЕМЕ «ИММУНОЛОГИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК»…….. ..139
Лесниченко Д.А. ПРЕПОДАВАНИЕ ТЕМЫ «ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ» В УСЛОВИЯХ БОЛОНСКОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ…….. ..140
Лесниченко Д.А. ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ MYTEST ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ…… ..142
Майлян Э.А. ДЕФИЦИТ ЗНАНИЙ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПО РАЗДЕЛУ «ВИРУСЫ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА» …….. ..144
Майлян Э.А. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ» В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ …….. ..146
Максимова С.М., Самойленко И.Г. ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ ПРИ УХОДЕ ЗА ДЕТЬМИ…… ..148
Налетов А.В., Курышева О.А. ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ ПРИ ЧТЕНИИ ЛЕКЦИЙ СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ № 2…… ..150
Островский И. М. ЧАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНИВАНИЯ СТУДЕНТОВ В РАМКАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И НА ГОСУДАРСТВЕННОМ ВЫПУСКНОМ ЭКЗАМЕНЕ……. ..152
Островский И.М., Бельская Е.А., Челпан Л.Л. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ВЫПУСКНОМ КУРСЕ…….. ..154
Павлюченко К.П., Олейник Т.В., Зыков И.Г. ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА …… ..158
Подоляка Д.В., Друпп Ю.Г., Тутов С.М., Ольшевська О.В. ЛЕКЦІЙНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №1…….. ..161
Прилуцкий А.С. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ …….. ..164
Прилуцкий А.С. ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ - НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ-МЕДИКОВ…… ..167
Прилуцький О.С. НАУКОВІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОЇ МОБІЛЬНОСТІ ВИКЛАДАЧА ВИЩОЇ ШКОЛИ…….. ..169
Прохоров Е.В., Остропolец М.С., Толстикова Е.А. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА…… ..172
Прохоров Е.В., Воробьева О.В., Челпан Л.Л. АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ НЕОНАТОЛОГИИ - РАБОТА В СТУДЕНЧЕСКОМ НАУЧНОМ ОБЩЕСТВЕ……. ..174
Прохоров Е.В., Остропolец М.С., Челпан Л.Л. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ №1…… .,177
Прохоров Є.В., Толстікова О.О., Остропolець М.С. ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИПУСКНОГО ЕКЗАМЕНУ З ПЕДІАТРІЇ ДЛЯ АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІВ НА ПЕДІАТРІЧНІЙ КАФЕДРІ…… ..181
Самойленко И.Г., Максимова С.М. РОЛЕВАЯ ИГРА, КАК МЕТОД ИНТЕРАКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ…… ..183
Синяченко О.В., М.В.Ермолаева, В.А.Толстой, Е.Д.Егудина, П.О.Синяченко, Т.Б.Бевзенко, Левада И.Н. Лаушкина Е.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРЕДМЕТА «ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ» …….. ..186
Синяченко О.В., М.В.Ермолаева, В.А.Толстой, Е.Д.Егудина, П.О.Синяченко, Т.Б.Бевзенко, А.М.Герасименко, Левада И.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ФИЗИЧЕСКИМ МАНУАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ…… ..188

Сокрут В.М., Поважна О.С., Пеклун І.В., Зубенко І.В., Швиренко І.Р.,Томачинська Л.П. ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ФІЗІОТЕРАПІЇ НА КАФЕДРІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ, НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ…… ..192
Супрун Е.В. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ “ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ” СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО И МЕЖДУНАРОДНОГО ФАКУЛЬТЕТОВ…… ..196
Супрун Е.В. ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТЕМЫ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ …… ..198
Супрун Є.В. АКТУАЛЬНІСТЬ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ “ДІАГНОСТИКА ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ” В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ СЛУХАЧІВ ІНСТИТУТУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ…… ..200
Сухина Л.А., Голубов К.Э., Смирнова А.Ф., Зорина М.Б., Сухина И.В., Котлубей Г.В. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОПРОСОВ ОКАЗАНИЯ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ…… ..202
Сухина Л.А., Голубов К.Э, Смирнова А.Ф., Котлубей Г.В., Сухина И.В., Зорина М.Б. ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПОСОБИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТСКИХ ОФТАЛЬМОЛОГОВ…… ..205
Сухіна Л.О., Голубов К.Є., Смирнова О.Ф., Зоріна М.Б,Сухіна І.В., Котлубей Г.В. ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З ОФТАЛЬМОЛОГІЇ…… ..207
Терещенко И.В., Зубенко И.В. ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ…… ..210
Титиевский С.В., Бабюк И.А., Побережная Н.В., Табачников А.Е., Черепков В.Н., Рымарь И.Б., Шульц О.Е. СУПЕРВИЗИОННАЯ МОДЕЛЬ ОБУЧЕНИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ…… ..213
Толстикова Е.А., Прохоров Е.В. МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРЕПОДАВАНИЯ ПЕДИАТРИИ АНГЛОЯЗЫЧНЫМ СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ №1 В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ…… ..217
Турпаков Д.В. Турпаков А.В. МЕДИЦИНА В ГУМАННОМ РАЗРЕЗЕ…… ..219
Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка В.Л., Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В.,Джеломанова С.А., Ольшевская Е.В. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ ..222
Челпан Л.Л., Прохоров Е.В., Островский И.М. ОПТИМИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РАЗДЕЛА «ДЕТСКАЯ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЯ» НА ВЫПУСКАЮЩЕЙ КАФЕДРЕ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА…… ..225
Чурилина А.В., Чалая Л.Ф., Москалюк О.Н. АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ…… ..227
Юлиш Е.И.,Чернышева О.Е. ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА…… ..230
Ярошенко С. Я., Конюшевська А. А. ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ СТУДЕНТАМ ДРУГОГО КУРСУ ТЕМИ «ОБЛІК І ПРАВИЛА ЗБЕРІГАННЯ ЛІКІВ. МЕТОДИ ТА ТЕХНІКА ПЕРОРАЛЬНОГО І ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ» З МОДУЛЮ «ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ» НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ…… ..232

ПЕДИАТРИЯ

Балычевцева И.В., Безуглова И.А., Стороженко Л.П., Денисенко Т.Ю. НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ И ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ…… ..235
Бельська О.А. СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ У ДІТЕЙ…… ..239
[1]Борисова Т.П., [2]Толченникова Е.Н. ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ …… ..245
Вакуленко С.И., Гадецкая С.Г. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ…… ..250
Гадецкая С.Г., Вакуленко С.И. ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ CHL. PNEUMONIAE…… ..253
Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Шевченко В.С., Голубов Т.К. ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНФРАЗВУКОВОГО ПНЕВМОМАССАЖА И ПРО-ВИЗИО В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С МИОПИЕЙ …… ..255

Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Голубов Т.К., Шевченко В.С. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ АККОМОДАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ
Кобец В.Н. СОСТОЯНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ЗВЕНА КЛЕТОЧНОГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА……. ..258
Головко Т.И., Островский И.М. ШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРА ОДКБ)…….. ..261
Кобец В.Н. СОСТОЯНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ЗВЕНА КЛЕТОЧНОГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА…….. ..263
Кучеренко Н.П., Алчиева Е.И. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ..265
Лепихов П.А., Турпакова Г.Н., Мальцева Ю.В.Старичков А.Г ЭХОГРАФИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА…… ..268
Максимова С.М., Самойленко И.Г., Бухтияров Э.В.,Максимова Н.В. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ФЕНОТИПИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ……. ..274
Мацынина М.А., Слипенко А.А. ОСОБЕННОСТИ АНТИТЕЛООБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С АУТОИММУННЫМИ ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ…….. ..279
Медведева В.В., Гончарова Л.А. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ……. ..281
Москалюк О.Н., Чурилина А.В., Чалая Л.Ф. КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ТОРАКОДИАФРАГМАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ…… ..285
Прохоров Е.В., Бельская Е.А., Шевелева В.Л. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА У ПОДРОСТКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ…….. ..288
Самойленко И.Г., Максимова С.М., Бухтияров Э.В.*,Маноченко В.В.* СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ….. ..292
Смолянкин Н.Н., Грекова А.И., Жаркова Л.П. ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ: ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ…….. ..294

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

Верещагин С.И., Масликов А.А. ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ ПО МЕТОДУ ПОНСЕТИ……. ..297
Верещагин С.И., Хаустов С.А. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ЭПИФИЗЕОЛИЗ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ…… ..301
Журило И.П., Литовка В.К., Весёлый С.В., Сопов Г.А., Латышов К.В., Литовка Е.В., Суханов С.И. О ГАНГЛИОНЕВРОМЕ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ…… ..304
Климанский Р.П., Келехсаев Д.В., Носова И.Н. РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ TORCH-КОМПЛЕКСА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ …….. ..309
Литовка В. К., Гунькин А. Ю., Буслаев А. И., Черкун А. В., Радченко С. В. ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, СИМУЛИРОВАВШИЙ НОВООБРАЗОВАНИЕ КОСТИ…….. ..313
Литовка В.К., Журило И.П., Весёлый С.В., Латышов К.В., Иноземцев И.Н., Гунькин А.Ю., Музалев А.А. ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ…… ..316
Мальцев В.Н., Журило И.П., Щербинин А.В., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Харагезов А.М., Лепихов П.А, Радченко С.В. УЗИ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С МЕГАУРЕТЕРОМ…… ..319
Мальцев В.Н., Журило И.П., Щербинин А.В., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Харагезов А.М., Пошехонов А.С., Юхно Т.Д., Сухин С.И. НАШИ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ……. ..321
Сопов Г.А., Журило И.П., Литовка В.К., Веселый С.В., Черкун А.В., Латышов К.В. ЦЕЛОМИЧЕСКИЕ КИСТЫ ПЕРИКАРДА У ДЕТЕЙ…….. ..324

РАЗНОЕ

Сокрут В.Н., Поважная Е.С., Пеклун И.В., Зубенко И.В., Карлова И.В. ПРИНЦИПЫ АДАПТАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДИСНЕВРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА…… ..327

Требования к статьям.

Кафедра педиатрии №1 ДонНМУ им. М.Горького в июне 2015 года планирует издание **9-го** выпуска сборника научных трудов по актуальным проблемам педагогики и педиатрии **«ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПЕДІАТРІЇ ТА ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ»**, посвященного памяти профессора Е.М.Витебского.

К изданию принимаются статьи на русском, украинском или английском языке по педагогике, а также педиатрии и смежным дисциплинам. Объем статьи – 3 страницы и более, через полтора интервала, шрифт 14, поля – 2 см. Отступ первой строки – 1,25 Статьи могут содержать таблицы и другой иллюстративный материал в **черно-белом** варианте. Статьи должны иметь УДК и краткие резюме на русском, украинском (не для зарубежных авторов!) и английском языках (на языке статьи – в начале и без заголовка, на двух других – с заголовком и авторами **в конце** статьи, резюме набирается 12 шрифтом и в объем статьи не засчитывается). Последовательность изложения: **УДК, заглавие прописными, фамилия и инициалы авторов** (а не наоборот!), **организация, город** (если в названии организации звучит город, дублировать его не нужно).

В коллективных работах (ТРИ И БОЛЕЕ АВТОРОВ) допускается участие одного автора – НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ РАЗ в каждом разделе (педагогика, педиатрия, детская хирургия, и т.д.)**.**

Оплата одной страницы будет зависить олт конъюнктуры рынка в 2015 году (зарубежные авторы статьи не оплачивают!)

Издание распространяется из расчета один сборник за каждую статью.* При предоставлении нескольких работ просьба оговаривать необходимое количество сборника в сведениях об авторах.

Статьи и сведения об авторах (в произвольной форме с адресом кого-либо из авторов для переписки и мобильный телефон) присылать по адресу: imo54@mail.ru **с 10 апреля по 10 мая 2015 года.**

Переводы с оплатой издательских и почтовых расходов просьба присылать по адресу: Островскому Игорю Максимовичу, а/я 775, Донецк-48, 83048, или передавать лично.

По всем вопросам обращаться к техническому редактору доценту Островскому И.М.: +3-8-062-2945316, +3-8-050-4788332, +3-8-096-8994837.

---

* - при несоблюдении требований к статьям сборник будет выдаваться за дополнительную плату (от 10 до 50 гривен в зависимости от затраченного времени на исправление)

Образец оформления статьи:

УДК 378.147:616-097-08-084

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ НЕОНАТОЛОГИИ

Иванова Т.И., Серов Н.Т.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Областная детская клиническая больница, г. Донецк

Резюме.

Ключевые слова:

Текст (в тексте цели, методы, результаты и выводы, если есть – выделять **жирным)**

Литература:

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ НЕОНАТОЛОГІЇ

Іванова Т.І., Серов М.Т.

Резюме.

Ключові слова:

METHODOLOGICAL ASPECTS OF TEACHING NEONATOLOGY

Ivanova T.I., Serov N.T.
Donetsk national medical university of Maxim Gorkiy
Regional children clinical hospital, Donetsk

Summary.

Key words:

ОБРАЩЕНИЕ ТЕХНИЧЕСКОГО РЕДАКТОРА К АВТОРАМ

Выражаю огромную признательность всем, кто доверяет свои работы нашему сборнику, и особенно тем, кто внимательно читает правила для авторов и соблюдает их, а также предоставляет материалы в обозначенные сроки.

К сожалению, значительная часть авторов либо не в состоянии следовать предложенным правилам, либо не считает нужным это делать. В результате срок выпуска сборника существенно отодвигается от запланированного.

Не имея возможности возвращать все не соответствующие требованиям работы на переделку (из-за небольшого количества времени до летнего отпуска), приходится заниматься технической правкой самостоятельно.

В связи с этим убедительно прошу участников следующего восьмого выпуска: **БУДЬТЕ ВНИМАТЕЛЬНЫ К ТРЕБОВАНИЯМ!** Не занимайтесь самодеятельностью и украшательством, не используйте *курсивы,* **жирный шрифт,** ПРОПИСНЫЕ БУКВЫ в заголовках и резюме, где это не оговорено. Не ставьте точки после заголовка.

При наборе текста работайте в режиме «отобразить все знаки» (ctrl, hift, * одновременно или соответствующий значок на панели быстрого доступа). В этом режиме видны все пробелы и переносы.

Набирайте текст, используя «линейку» - два бегунка с цифрами над вашей страницей: верхний – это отступ первой строки абзаца, нижний – отступ перенесенной строки.
Если это действие недоступно – вообще не делайте
никакого отступа -
ни пробелом, ни табулятором (Tab)! Пусть будет так, как в этом месте.

Границы страницы следует устанавливать в меню «разметка страницы», далее «поля», «настраиваемые поля». И, наконец, если расстояния между строками в Вашем тексте не соответствуют заданному интервалу, откройте меню «абзац», «отступы и интервалы» «интервал перед - после» - выставьте «0».

Сделав это, Вы существенно облегчите мою задачу.

Спасибо. До встречи в следующем году на страницах VIII выпуска.

Ваш imo54@mail.ru

ПЕДАГОГИКА

УДК 616-053.31

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО НЕОНАТОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Алимова И.Л., Ибатулин А.Г.
Смоленская государственная медицинская академия

Резюме: в статье приведен опыт формирования компетентностного подхода по разделу «неонатология» у студентов педиатрического факультета, изложены методические аспекты теоретической и практической подготовки, организации самостоятельной и научно-исследовательской работы студентов.

Ключевые слова: неонатология, компетенции, студенты

Неонатология- раздел медицинской науки, изучающий физиологические состояния и заболевания новорожденных детей. Конечные цели обучения студентов педиатрического факультета по разделу «неонатология» сформулированы в ГОС/ФГОС ВПО и выражены в компетенциях (общекультурных и профессиональных), которыми должен владеть выпускник.

Специальные сведения по неонатологии базируются на знании основ педиатрии. Некоторые вопросы смежных дисциплин студенты изучают, начиная с 1-го курса, на кафедрах биохимии, нормальной и патологической физиологии, патологической анатомии, пропедевтики детских болезней, факультетской педиатрии и других. Преподавание неонатологии на педиатрическом факультете Смоленской государственной медицинской академии проводится на кафедре госпитальной педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС согласно утвержденным рабочим программам и разработанным учебно-методическим комплексам на 5 и 6 курсах. На 5 курсе изучается информация по организации помощи новорожденным детям, вскармливании, этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении наиболее распространенных заболеваний периода новорожденности. При этом особое внимание уделяется практической подготовке студентов, умению выявлять у новорожденных детей симптомы и синдромы, свидетельствующие о пограничных и патологических состояниях. Компетентностный подход также формируется во время курации здоровых и больных новорожденных, на обходах или консультативных разборах больных. Каждый студент оформляет на курируемого здорового или больного ребенка учебную историю болезни. На 6 курсе главное внимание уделяется вопросам дифференциальной диагностики основных заболеваний неонатального периода, а также особенностям течения заболеваний у недоношенных детей. Особое место занимают вопросы интенсивной терапии при первичной реанимации новорожденных и других неотложных состояниях. На кафедре госпитальной педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС на протяжении последних 10 лет в учебном процессе активно используются манекены и фантомы новорожденного ребенка, на которых обучающиеся отрабатывают навыки ларингоскопии, интубации трахеи, ручной ИВЛ с помощью мешка Амбу, закрытого массажа сердца и катетеризации пупочной вены. Манекены и фантомы снабжены световой

системой контроля выполнения тех или иных манипуляций. Обучение проводится преподавателями кафедры, имеющими опыт работы и действующий сертификат по специальности «неонатология» и вызывает наибольший интерес у студентов.

Важное место занимает правильная организация самостоятельной работы студентов. За последние 5 лет на кафедре госпитальной педиатрии с курсом неонатологии ФПК и ППС выпущены 6 учебно-методических пособий по актуальным вопросам неонатологии, в которых представлены наиболее часто встречающиеся заболевания новорожденных, по каждой нозологической форме приведены классификация, критерии диагностики и методы лечения. Кроме того изданы схема написания истории болезни, сборник тестовых заданий и ситуационных задач с эталонами ответов. В учебном процессе широко применяются ситуационные клинические задачи, которые составлены с учетом изучаемых нозологических единиц, содержат вопросы междисциплинарного характера и представляют собой случаи из клинической практики. Студенты на основании имеющихся данных должны определить тактику врача неонатолога в конкретной клинической ситуации. Для правильного решения этих задач необходима достаточно высокая теоретическая подготовка. Задачи помогают студентам увидеть прикладное значение предмета, выработать навыки самостоятельного клинического мышления. По многим заболеваниям неонатального периода создан компьютерный банк фотографий, выписок из историй болезни.

Внеаудиторная подготовка предусматривает также участие студентов в научно-исследовательской работе по актуальным вопросам неонатологии. Итогом работы студентов в научном кружке является представление докладов на ежегодной вузовской студенческой конференции и совместные с преподавателями публикации. Положительным результатом обучения можно считать тот факт, что ежегодно 5-10% выпускников педиатрического факультета продолжают последипломное образование на кафедре по специальности «неонатология» в интернатуре и ординатуре.

BUILDING OF PROFESSIONAL COMPETENCE IN NEONATOLOGY IN STUDENTS OF PEDIATRIC FACULTY

Alimova I.L., Ibatulin A.G.
Smolensk State Medical Academy

Summary: This article describes an experience in the building of competence approach in "neonatology" in students of pediatric faculty and methodological aspects of theoretical and practical training, self-organization and students' research work.

Keywords: neonatology, competence, students

УДК 378.147:616-097+378.148-49

ОСОБЕННОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ АУТОИММУННОЙ ПАТОЛОГИИ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Андрусенко Н.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье изложены особенности изучения темы аутоиммунной патологии в

условиях кредитно-модульной системы.

Ключевые слова: преподавание аутоиммунной патологии, кредитно-модульная система, иммунопатогенез.

В настоящее время клиническая иммунология определилась как самостоятельная медицинская дисциплина. Выделение из программы внутренних болезней данной дисциплины в отдельную является не только объективно оправданным, но и закономерным. Теоретические и методологические достижения иммунологии широко используются в практике здравоохранения и становятся одной из важных задач медицины. Иммунология проникает во все без исключения специальности, причём как на уровне диагностики, так и на уровне представлений о патогенезе, а следовательно, и лечения, обоснованного по правилам доказательной медицины.

В течение последних лет отмечается постоянный рост числа заболеваний, в основе которых лежат нарушения в иммунной системе. Значительно выросло число больных с аутоиммунными заболеваниями. Для успешной диагностики и лечения заболеваний внутренних органов (особенно у больных с аутоиммунной патологией) врачу любой специальности необходимы глубокие знания в области клинической иммунологии и аллергологии. Все это свидетельствует о необходимости более углубленного изучения данной тематики будущими врачами и, естественно, имеет свои особенности преподавания в цикле клинической иммунологии.

Тема аутоиммунной патологии разбирается со студентами пятого курса всех медицинских факультетов по кредитно-модульной системе в объеме лекционного курса, практического занятия и внеаудиторной самостоятельной работы. Изучение данной тематики включает в себя разбор иммунопатогенеза, клиники, диагностики и лечения аутоиммунной патологии и системных васкулитов. Важным аспектом эффективности преподавания дисциплины является совершенствование методических форм работы, которые осуществляются в следующих направлениях: оптимизация контроля подготовки студентов к практическим занятиям; формирование клинического мышления и приобретение практических навыков; студенческая научно-исследовательская работа. Управляемой самостоятельной работе отводится около 70 % учебного времени. Самостоятельная работа проводится с помощью методических указаний и заданий для этой работы, которые соответствуют как болонскому процессу, так и особенностям обучения в данных условиях.

Основными видами активизации самостоятельной работы студентов мы считаем подготовку к практическим занятиям по дополнительной, рекомендованной в методических указаниях литературе; курация больных с аутоиммунной патологией; разбор ситуационных задач; трактовка иммунологических и биохимических анализов по данной патологии. Исходя из вышеперечисленного, самостоятельная курация больного (включает в себя написание академической истории болезни с обоснованием дифференциального диагноза, планом исследования и схемой лечения) представляется наиболее выгодной формой самостоятельной деятельности. Данная форма работы включает в себя все основные формы самостоятельной

деятельности: воспитывает умение работать с литературой, самостоятельно обследовать больного, интерпретировать лабораторные показатели, данные дополнительных исследований, клинически мыслить. Роль преподавателя сводится к коррекции итоговых данных.

При составлении рабочих программ и методических материалов по данной тематике особое внимание уделяется разбору в лекционной программе этиологии и иммунопатогенеза аутоиммунных заболеваний, поскольку без глубокого изучения причин возникновения и методов диагностики этих форм внутренней патологии, лечение на современном уровне абсолютно невозможно. В последние годы в преподавание предмета внедряются мультимедийные обучающие программы, позволяющие более наглядно продемонстрировать студентам сложные межклеточные взаимоотношения, как в норме, так и при различных патологических состояниях.

В начале практического занятия проверяется уровень подготовки к занятию с помощью тестов исходного уровня, в которые включены вопросы этиологии и иммунопатогенеза аутоиммунных заболеваний. Это помогает преподавателю оценить теоретическую подготовку студента и определить для себя спектр вопросов, которые нужно разобрать при обсуждении темы. На практических занятиях особое внимание уделяется развитию клинического мышления (разбор клинических задач, результатов иммунологических исследований, обоснование этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии у пациентов с аутоиммунной патологией и системными васкулитами). Это возможно только при условии знаний основ иммунопатогенеза, умении интерпретировать иммунологические показатели, оценивать данные инструментальных методов обследований, что в конечном итоге должно обусловить эффективность лечения аутоиммунной патологии.

Определение оценки работы каждого студента на занятии производится с помощью тестовых заданий текущего контроля и обучающих клинических задач. При этом цель тестирования - оценить теоретические знания, развитие клинического мышления, приобретение навыков самостоятельной работы, умение применять полученные знания в практической деятельности.

Таким образом, изучение темы аутоиммунной патологии в условиях кредитно-модульной системы требует систематизированного учебно-методического и организационного обеспечения, так как около 70 % учебного времени приходится на самостоятельную работу студентов. Основная работа преподавателей направлена на эффективную организацию самостоятельной работы, главной целью которой является практическое закрепление теоретических знаний, освоение практических навыков, развитие клинического мышления будущих врачей.

Резюме. В статті представлені особливості вивчення теми аутоімунної патології в умовах кредитно-модульної системи.

Ключові слова: вивчення аутоімунної патології, кредитно-модульна система, імунопатогенез.

PECULIARITIES LEARNING OF AUTOIMMUNE PATHOLOGY THEME

IN THE CREDIT-MODULE SYSTEM

Andrusenko N.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This article presents the features of autoimmune pathology teaching in a credit-module system.

Key words: learniing of autoimmune pathology, credit-modular system, immunopathogenesis

УДК 378.147:616-097-036.1+616.5-072.5

АКТУАЛЬНІСТЬ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК ПРОВЕДЕННЯ ШКІРНИХ ПРОБ У ДІАГНОСТИЦІ АЛЕРГІЇ ПРИ ВИВЧЕННІ ТЕМИ “АЛЕРГІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ”

Андрусенко Н.А.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Резюме. У статті наведено методичні аспекти викладання теми та значення шкірних проб у діагностиці алергії.

Ключові слова: шкірні проби, алергія, діагностика, методичні аспекти.

Розповсюдженість алергічних захворювань, які викликаються пилковими, побутовими та промисловими алергенами, постійно зростає. Методом, який підтверджує наявність алергічної реакції, є визначення в крові концентрації IgE - показника загального рівня алергізації організму. На жаль, в Україні ще немає достатньої кількості сучасних тест-систем для визначення усіх причинно-значущих алергенів. Тому шкірне тестування продовжує бути основним методом віріфікації алергену та визначення ступеню сенсібілізації організму до конкретних алергенів.

Прийнято виділяти такі види шкірних проб:

- нашкірні (аплікаційні, крапельні та інші) - використовують для діагностики професійних алергій та контактних дерматитів;
- скарифікаційні - дозволяють виявити інфекційні алергени;
- внутрішньошкірні - виявляють інфекційні алергени (бактерії, гриби) та неінфекційні у разі негативної скарифікаційної проби при наявності позитивних анамнестичних даних.

Вибір виду проведення шкірної проби залежить від передбачуваною етіології захворювання, ступеню сенсибілізації хворого.

Треба звернути увагу студентів на наявність показань та протипоказань до проведення цих діагностичних тестів.

Показанням до проведення шкірних проб є анамнестичні данні, які вказують на роль того чи іншого алергену або групи алергенів у ґенезі захворювання.

Протипоказаннями до проведення шкірних проб є:

1) гострі захворювання (ОРВІ), ангіна і т.д. (тестування можливе не раніше, чим через 3 - 4 тижні після одужання);

2) декомпенсовані і субкомпенсовані захворювання органів і систем (тестування можливе не раніше чим через 6 міс. після встановлення ремісії);

3) системні захворювання (системний червоний вовчак, вузликовий периартеріїт, ревматоїдний артрит, ревматизм і т. д.);

4) активний туберкульоз (тестування можливе не раніше чим через 6 місяців після встановлення ремісії);

5) злоякісні пухлинні процеси, у тому числі і захворювання крові (тестування абсолютно протипоказано);

6) тривале лікування глюкокортикостероїдами (тестування, можливе, не раніше ніж через 3 місяці після їхнього скасування);

7) неврологічні і психічні захворювання (тестування абсолютно протипоказано);

8) перенесений у минулому анафілактичний шок (тестування абсолютно протипоказано);

9) загострення алергічного захворювання (тестування можливе не раніше чим через 3-4 тижні після ремісії);

10) період лікування антигістамінні препаратами і препаратами, що стабілізують мембрани клітин (тестувань можливе не раніше ніж через 3- 5 днів після їхнього скасування);

11) гострі інфекційні і неінфекційні захворювання;

12) загострення хронічних захворювань;

13) перенесений у минулому гепатит і сифіліс;

14) ВІЛ-інфікування.

Якщо протипоказань до проведення шкірних проб немає - проводять відповідну шкіряну пробу. У разі негативної або сумлінної відповіді назначають проведення лабораторних методів діагностики. При позитивній відповіді - діагностується захворювання з відповідним алергеном.

У випадках, коли є протипоказання до проведення шкірних проб, також використовують методи лабораторної діагностики алергозу – визначення специфічного IgE в крові.

Таким чином, зважаючи на невпинне зростання алергічних захворювань, майбутні лікарі повинні володіти знаннями для визначення показань та протипоказань до шкірного тестування, методикою проведення та оцінки шкіряних проб з метою визначення етіологічних факторів алергії для планування та проведення ефективних лікувальних та профілактичних заходів.

АКТУАЛЬНОСТЬ ОВЛАДЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИМИ НАВЫКОВ ПРОВЕДЕНИЯ КОЖНЫХ ПРОБ В ДИАГНОСТИКЕ АЛЛЕРГИИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТЕМЫ "АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ"

Резюме. В статье приведены методические аспекты преподавания темы и значение кожных проб в диагностике аллергии.

Ключевые слова: Методические аспекты, кожные пробы, аллергия, диагностика, методические аспекты.

THE ACTUALITY OF MASTERING PRACTICAL SKILLS SCIN TESTING IN DIAGNOSIS OF ALLERGY IN STUDING THEME “ALLERGIC DISEASES”

Andrusenko N.A.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The methodical aspects of teaching of theme of diagnostics of allergy and value

of skin tests are reflected in the article.

Key words: skin tests, allergy, diagnostics, the methodical aspects.

УДК 378.147+615.37

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ ИММУНОТЕРАПИИ И ИММУНОПРОФИЛАКТИКИ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ, АЛЛЕРГОЛОГИИ И ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Андрусенко Н.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Рассматриваются основные аспекты применения иммунотропных препаратов, их эффективность и перспективы использования.

Ключевые слова: иммунотропные препараты, инфекционные заболевания, профилактика, вакцины.

Признание важнейшей роли иммунных механизмов в патогенезе практически всех заболеваний привело к включению в комплексную терапию иммунотерапевтических средств различной направленности, т.е. применение так называемых препаратов сопровождения. Внедрение иммунотерапии в лечебную практику считается одним из важнейших достижений медицины за последние 25 лет. Использованию ее в практике работы современного врача способствовал также бурный рост методов биотехнологий, получения особо чистых препаратов. В последнее время разработан целый ряд новых лекарственых препаратов (лимфо-, монокинов и др.), эффективных при терапии целого ряда заболеваний. Одним из видов иммунопрофилактики и иммунотерапии является активная и пассивная иммунизация, проведение которой предупреждает многие инфекционные заболевания как у детей, так и у взрослых. В настоящее время в мире за счёт вакцинации, по данным ВОЗ, врачи ежегодно спасают более миллиона жизней. По ряду причин сейчас достаточно высокий процент отказов от вакцинации детей и практически не контролируется ревакцинация взрослых от такой грозной инфекции, как столбняк. Обучение будущих врачей основам вакцинопрофилактики, ознакомление с новейшими вакцинами, их преимуществами и недостатками позволит получить в дальнейшем грамотного специалиста, использующего в своей работе новейшие достижения иммунологии.

Система подготовки специалистов в Донецком национальном медицинском университете базируется на профессионально – деятельностном подходе к обучению. Исходя из этого формируются общие и конкретные цели занятия, включающие в себя как теоретические, так и практические вопросы и необходимые навыки.

Основной целью занятия: “Основные принципы назначения и проведения иммунотропной терапии. Иммунотропные препараты: классификация, механизм действия, показания к назначению иммунореабилитации” является умение планировать и проводить иммунотерапию и иммунопрофилактику. Это достигается конкретными целями, имеющими своей задачей научить

студентов выявлять симптомы и синдромы нарушений состояния иммуной системы на основании жалоб, данных иммунологического анамнеза и объективного обследования, составлять индивидуальный план-схему дополнительного обследования и интерпретировать полученные результаты. Проводить клинико-иммунологическую дифференциальную диагностику нарушений состояния иммунной системы и поставить предварительный диагноз иммунозависимой патологии, обосновать тактику лечения больного с нарушениями состояния иммунной системы, владеть методами иммунопрофилактики и иммунореабилитации. Подготовка студентов проводится с использованием графа логической структуры темы.

Кроме того, используются метериалы мультимедийных лекций по теме, методические рекомендации, тесты контроля исходного уровня знаний студентов, тесты текущего контроля, а также ситуационные задачи, позволяющие максимально приблизить студентов к реальным врачебным ситуациям, так как только в этом случае возможен переход знаний в умение и усвоение азов профессиональной деятельности и использование приобретенных знаний.

Заключая вышеизложенное, мы понимаем, что предстоит еще большая работа по усовершенствованию методических материалов, внедрению новых современных учебных пособий, использованию компьютерных технологий обучения и проверки уровня знаний и умений студентов.

Резюме. Вивчено основні аспекти використання імунотропних препаратів, їх эфективність та перспективи використання.

Ключові слова: імунотропні препарати, інфекційні захворювання, профілактика, вакцини.

ACTUALITY OF SDUDING OF IMMUNOTHERAPY AND IMMUNOPROPHYLAXIS IN EDUCATION STUDENTS IN DEPARTMENT OF CLINICAL IMMUNOLOGY, ALLERGOLOGY AND ENDOCRINOLOGY

Andrusenko N.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The main aspects of immunodrugs, their effectiveness and prospects.

Key words: immunotropic drugs, infectious disease prevention, vaccine.

УДК 61:378.146/.147

СОЗДАНИЕ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО БАЗИСНЫМ И КЛИНИЧЕСКИМ ДИСЦИПЛИНАМ

Борисова Т.П.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В работе изложены основные цели тестирования, методика создания тестовых заданий, подходы к оценке их качества, наиболее частые педагогические приемы. Соблюдение изложенных принципов написания тестовых заданий позволит тестированию быть объективным методом стандартизированной оценки знаний обучающихся.

Ключевые слова: тестовый контроль, базисные дисциплины, клинические дисциплины

Контроль знаний и умений – важная составная часть обучения. Тестовые задания являются методом объективного контроля знаний. Основные цели тестирования и отбор тестовых заданий следующие (табл. 1).

Таблица 1

Цели тестирования и отбор тестовых заданий

Цели тестирования	Что должно быть проверено?
• Сообщить студентам, какой материал является важным • Создать у студентов мотивацию к обучению • Найти пробелы в знаниях, требующие коррекции или дополнительного изучения • Определить окончательную оценку или принять решение о переводе на следующий курс • Найти слабые стороны учебной программы/учебного курса	• Содержание экзамена должно соответствовать целям курса/клинической практики • Оценка важных тем должна иметь больший вес, чем менее важных • Время тестирования по каждой теме должно отражать относительную важность темы • Совокупность тестовых заданий должна быть репрезентативной по отношению к учебным целям

Итак, целью любого контроля является возможность сделать выводы относительно навыков экзаменуемого.

1. Для проверки необходимо выбрать темы и также определить навыки (например, постановку диагноза, решение о следующем этапе лечения).

2. Внимание, уделяемое проблеме, должно соответствовать ее относительной важности.

3. Характер выборки определяет степень воспроизводимости (надежности, обобщенности) и точности (достоверности, валидности) полученной оценки истинных знаний и умений. Если выборка нерепрезентативна (например, включает только кардиологические вопросы при контроле общемедицинских знаний), результаты экзамена будут недостоверными и не дадут возможности оценить достижения в интересующей сфере. Если выборка слишком мала, результаты экзамена могут оказаться недостаточно стабильными, чтобы отразить истинные знания и умения.

Хороший тестовый вопрос должен удовлетворять двум основным критериям. Во-первых, тестовый вопрос должен быть важным по содержанию, во-вторых, - иметь хорошую структуру.

Все разнообразие вопросов множественного выбора можно разделить на две большие категории тестовых заданий:

- требующие от экзаменуемого выбрать все подходящие ответы (верно/неверно);
- требующие от экзаменуемого указать один ответ (один лучший ответ).

В отличие от вопросов формата «верно/неверно», вопросы с одним лучшим ответом (А-тип) точно определяют число вариантов ответа, которое нужно выбрать. Вопросы с одним лучшим ответом являются наиболее широко

и часто используемым форматом вопросов множественного выбора.

Традиционно тестовые задания классифицируются по мыслительному процессу, который необходим для ответа на вопрос. Если тестовое задание проверяет только заучивание на память отдельных фактов (не требуя их применения), то оно классифицируется как задание на вспоминание или фактическое тестовое задание. Если тестовое задание требует, чтобы экзаменуемый пришел к заключению, сделал предсказание или выбрал порядок действий, то его можно классифицировать, как задание на применение знаний. Все тестовые задания должны требовать применения знаний, позволяя оценить как объем информации, имеющийся у экзаменуемого, так и его умение использовать эту информацию. Считается, что тестовые задания на интерпретацию и умение решать проблемы вовлекают навыки «более высокого порядка», чем заучивание на память фактической информации.

Структура тестового задания - условие задания, вводного вопроса и серии вариантов ответа (обычно одного верного и четырех дистракторов – отвлекающих ответов). Общепринято использовать экспериментальные или клинические ситуации в качестве условия в тестовых заданиях.

Варианты ответов представляют собой однородную совокупность.

Хорошо построенные вопросы с одним наилучшим ответом удовлетворяют правилу «закрытых вариантов ответа» - возможности ответить на вопрос, не видя вариантов ответа.

Технические дефекты тестовых заданий – выделяют дефекты, относящиеся к опытности в тестировании обучающихся (табл. 2) и дефекты, связанные с чрезмерной сложностью тестовых заданий (табл. 3).

Варианты ответов являются длинными, сложными или двойными. Условие задания содержит посторонние сведения, и, что еще более важно, варианты ответов очень длинны и сложны. Выбор из данных вариантов ответа требует долгого и внимательного чтения в связи с большим количеством подробностей в каждом варианте. Это может привести к тому, что вместо оценки знаний оценивается скорость чтения. Заметьте, что данный дефект относится только к вариантам ответа. Существует много хорошо составленных тестовых вопросов, которые имеют длинное условие задания. Решение о размере условия задания должно приниматься в соответствии с целью тестового задания. Если его целью является оценка способности студента интерпретировать и синтезировать информацию, например, для постановки наиболее вероятного диагноза, тогда целесообразно, чтобы условие задания включало подробное описание пациента.

Цифровые данные выражены бессистемно. Когда используются цифровые варианты ответа, они должны быть расположены в порядке возрастания и быть выражены в едином формате (т.е. в виде отдельного числа или в виде диапазона чисел). Путаница возникает в случае смешения форматов цифровых данных и расположения вариантов ответа в нелогичном порядке или бессистемно.

Использование в вариантах ответа неопределенных терминов, характеризующих частоту (например, «редко», «обычно», «часто»).

Исследование показало, что неопределенные термины, характеризующие частоту явления, даже экспертами не всегда понимаются одинаково.

Таблица 2

Дефекты, относящиеся к опытности в тестировании обучающихся

- Грамматические подсказки – один или более дистракторов (варианты ответов) грамматически не соответствуют условию задания.
- Логические подсказки – часть вариантов ответа исчерпывает все возможные варианты.
- Абсолютные термины – использование терминов «всегда» или «никогда» в некоторых вариантах ответа. Дефект возникает тогда, когда глагол включается в варианты ответа, а не во вводный вопрос, а также в случае длинных ответов. Например, в ответах указано «никогда не встречается, возможно возникает» или др.
- Длинный правильный ответ – правильный ответ длиннее, более конкретен или более полон, чем другие варианты ответа. Правильный ответ длиной в абзац, а другие дистракторы – короткие или только одно слово.
- Повторение слов – слово или фраза из условия задания включены в правильный ответ.
- Тенденция к конвергенции – дистракторы включают в себя некоторые общие элементы из других вариантов ответа. Например, в вариантах ответа, представленных цифрами, правильным ответом скорее всего будет среднее значение, а не крайние величины. В двойных вариантах правильным ответом, скорее всего, будет вариант, имеющий наибольшее число элементов среди всех вариантов ответа.

Таблица 3

Дефекты, связанные с чрезмерной сложностью тестовых заданий

- Варианты ответа являются длинными, сложными или двойными.
- Цифровые данные выражены бессистемно.
- Использование неопределенных терминов в вариантах ответа (например, «редко», «обычно»).
- Стилистическая неоднородность вариантов ответа, нелогичный порядок вариантов ответа.
- Использование фразы «ничего из вышеперечисленного» в качестве варианта ответа.
- Условие задания излишне сложны и запутаны.

Использование фразы «ничего из вышеперечисленного» в качестве варианта ответа полностью изменяет тестовое задание на формат «верно/неверно». Каждый вариант ответа должен оцениваться как более или менее верный по сравнению с множеством неуказанных ответов.

Следует пользоваться следующими указаниями для составления тестовых заданий (табл. 4).

Интерпретация результатов анализа тестового задания. Путь студентов к

достаточным или даже отличным знаниям будет менее трудным, если они будут иметь постоянную информацию о своих достижениях в учебе.

Итоговый анализ тестовых заданий является превосходным источником информации о тестовых заданиях и полезен для оценки их качества, а также оценки точности ответов-ключей.

Таблица 4

Общие указания по составлению тестовых заданий

- Убедитесь, что на тестовое задание можно ответить, не глядя на варианты ответа, или что варианты ответа на 100% верны или неверны. - Включите в условие наибольшую часть информации из тестового задания, а варианты ответа должны быть короткими. - Избегайте излишней информации. - Избегайте «запутанных» или слишком сложных тестовых заданий. - Составляйте грамматически правильные и логичные варианты ответа. Пишите правдоподобные дистракторы, имеющие приблизительно ту же длину, что и правильный ответ. - Избегайте использования категорических утверждений, типа всегда, никогда и все, а также неопределенных формулировок, типа обычно или часто. - Избегайте тестовых заданий с отрицаниями (со словами «кроме» или «не» во вводном вопросе). - Сосредоточьте внимание на важных моментах, не теряйте время на проверку знания тривиальных фактов

Индекс сложности показывает, насколько данное тестовое задание было сложным для студентов, а точнее - процент студентов, выбравших правильный ответ. Данная величина может колебаться от 0 до 1,0. Если индекс сложности 0,84-1,0, то это тестовое задание очень легкое (1,0 - все студенты выбрали правильный ответ), если 0,2-0,36 – очень сложное. Тестовые задания со средней сложностью (0,36-0,84) наиболее информативны для оценивания. Индекс сложности менее 0,2 предупреждает, что правильный ответ в данном тестовом задании выбирается путем отгадывания или тестовое задание имеет технический дефект.

Индекс дискриминации определяет, насколько тестовое задание хорошо разделяет сильных и слабых студентов. Тестируемые студенты должны быть распределены на лучшую (Hi) и худшую (Lo) группы, основываясь на результатах по всему тесту. Если у вас небольшое число экзаменуемых, включите в группу Hi 50% лучших студентов, а в оставшиеся 50% включите в группу Lo. Если число экзаменуемых большое, в группу Hi можно включить 25% студентов с лучшими результатами, а в группу Lo – 25% с худшими. Индекс дикриминации рассчитывается как разница индексом слодности для сильных и слабых студентов. Индекс дискриминации может изменяться от –1 до +1. Если индекс дискриминации положительный и высокий, то это тестовое задание хорошо разделяет сильных и слабых студентов. Если он около 0 – то это тестовое задание не разделяет студентов вообще. Если отрицательное

значение данного индекса, то данное тестовое задание должно быть исключено, т.к. сильные студенты на него отвечают хуже слабых. Нужно, чтобы индекс дискриминации был более 0,20.

В заключении следует подчеркнуть, что соблюдение изложенных принципов написания тестовых заданий позволит тестированию быть объективным методом стандартизированной оценки знаний обучающихся.

Литература:

1. Казаков В.М., Талалаєнко О.М., Каменецький М.С. і інш. Оцінка якості підготовки лікарів (методичний посібник для викладачів). – Київ, 1996. – 33 с.

2. Казаков В.М., Талалаєнко О.М., Гаріна М.Г. і інш. Методологія і реалізація системи управління якістю медичної освіти. – Донецьк, 2001. – С. 120-135.

3. http://www.testcentr.org.ua

Резюме. У роботі викладені основні мети тестування, методика створення тестових завдань, підходи до оцінки їх якості, найбільш часті педагогічні. Дотримання викладених принципів написання тестових завдань дозволить тестуванню бути об'єктивним методом стандартизованої оцінки знань учнів.

Ключові слова: тестовий контроль, базисні дисципліни, клінічні дисципліни

CREATING TEST TASKS AT BASIC SCIENCE AND CLINICAL SUBJECTS

Borisova TP

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The paper presents the main objectives of the test method of creating tests, approaches to the assessment of their quality, the most frequent teaching. Compliance with these principles writing test tasks will allow testing to be an objective method of standardized assessment of students' knowledge.

Keywords: test control, basic discipline, clinical disciplines

УДК 616-053.2+378.096:378.147+371.315

ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ

Балычевцева И.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Обобщен опыт преподавания обучения педиатрии для студентов медицинских факультетов с применением различных инновационных методов. Владение практическими навыками оценки и классификации тяжести состояния детей снижает для будущего врача риск возможности ошибок диагностики и лечения ребенка. Инновационные технологии повышают мотивацию студентов при освоении клинической дисциплины.

Ключевые слова: преподаватель, медицинский вуз, интерактивное обучение.

Интерактивный («Inter» – это взаимный, «act» – действовать) – означает взаимодействовать, находится в режиме беседы, диалога с кем либо.

Интерактивные и активные методы имеют много общего. В отличие от активных методов, интерактивные ориентированы на более широкое взаимодействие обучающихся не только с преподавателем, но и друг с другом и

на доминирование активности учащихся в процессе обучения.

В настоящее время понятие "интерактивные методы обучения" наполняется новым содержанием, приоритетная роль в нем отводится: взаимодействию; развитию навыков общения личности; развитию и осуществлению социального опыта людей; учебно-педагогическому сотрудничеству между участниками образовательного процесса[1].

К интерактивным методам могут быть отнесены следующие: дискуссия, эвристическая беседа, «мозговой штурм», ролевые, «деловые» игры, тренинги, кейс-метод, метод проектов, групповая работа с иллюстративным материалом, обсуждение видеофильмов и т.д.[2].

Пропедевтика – это фактически первая кафедра, дающая студенту профессиональную подготовку, и формирует у него клиническое мышление. Педиатр находится в постоянном общении с ребенком и его родителями.

При изучении пропедевтики вопросы диагностики рассматриваются в двух более общих аспектах. Во-первых, это симптомодиагностика, основанная на знании возрастной нормы и методики исследования и преследующая цель констатации наличия симптома патологии, во-вторых, это синдромодиагностика, т.е. констатация патофизиологической связи между несколькими симптомами болезни и отражении в этой связи функциональной недостаточности данной физиологической системы. В задачу курса пропедевтики входит также овладение студентами техники ухода за ребенком.

Для реализации таких целей, как умение собрать анамнез, овладеть методикой обследования, навыками анализа полученных при обследовании пациента данных, навыками определения приоритетов при назначении плана обследования, формирование навыка обработки медико-биологических данных на основе современных компьютерных технологий, на кафедре пропедевтики педиатрии на практических занятиях используют метод работы в группах, кейс-метод, деловые игры.

Метод case-study или метод конкретных ситуаций (от английского case – случай, ситуация) – метод активного проблемно-ситуационного анализа, основанный на обучении путем решения конкретных задач – ситуаций (решение кейсов). Метод конкретных ситуаций (метод case-study) относится к неигровым имитационным активным методам обучения и рассматривается как инструмент, позволяющий применить теоретические знания к решению практических задач [3].

Анализ конкретных учебных ситуаций (casestudy) метод обучения, предназначенный для совершенствования навыков и получения опыта в следующих областях: выявление, отбор и решение проблем; работа с информацией — осмысление значения деталей, описанных в ситуации; анализ и синтез информации и аргументов; работа с предположениями и заключениями;

оценка альтернатив; принятие решений; слушание и понимание других людей - навыки групповой работы.

Кейс активизирует студентов, развивает аналитические и коммуникативные способности, оставляя обучаемых один на один с реальными

ситуациями.Наиболее актуально использовать в работе иллюстративные учебные ситуации – кейсы, цель которых – на определенном практическом примере обучить студентов алгоритму принятия правильного решения в определенной ситуации. Такие кейсы удобны при освоении навыков оказания неотложной помощи пациенту, техникой ухода за ребенком.

Если в отделении в данный момент отсутствуют пациенты с конкретной патологией, знание которой требуется по программе, или требуется дать задание студенту, пропустившему цикл по дисциплине, то удобно обращаться к «casestudies». Можно применять метод «casestudies» при организации самостоятельной работы студентов с последующим обсуждением на занятии особенностей разбора данной клинической ситуации разными студентами.

Деловая (имитационная, операционная, учебная, дидактическая) игра - это метод обучения профессиональной деятельности посредством ее моделирования, близкого к реальным условиям, с обязательным разветвленным динамическим развитием решаемой ситуации, задача или проблемы в строгом соответствии последующих событий с характером решений и действий, принятых играющими на предыдущих этапах[4].

Первый тип игры: "врач - больной". Это основная форма клинической игры, моделирующей условия интеллектуальной профессиональной деятельности врача, направленной на распознавание болезней и лечение больного. Эта форма наиболее проста, она является основой всех клинических игр. Учебная игра "врач - больной" организационно и методически чрезвычайно широка, мобильна и может применяться в диапазоне от единственного играющего с преподавателем студента до применения этой методики на лекции, когда лектор ведет игру со студентами целого потока или даже всего курса.

Деловых игр в медицине погружают учащихся в атмосферу интеллектуальной деятельности, предельно близкую к профессиональной практической работе врача в распознавании симптомов и синдромов поражения; создают играющим динамически меняющуюся картину в зависимости от правильных и ошибочных действий и решений; сформируют оптимальный психологический климат общения с больными и коллегами по работе.

Работа в малых группах – совместная деятельность студентов в группе под руководством лидера, направленная на решение общей задачи путем творческого сложения результатов индивидуальной работы членов команды с делением полномочий и ответственности[5]. Занятия в малых группах позволяют учащимся приобрести навыки сотрудничества и другие важные межличностные навыки. Кроме того, эти занятия помогают учащимся научиться разрешать возникающие между ними разногласия.

По мере увеличения группы диапазон возможностей, опыта и навыков ее участников также расширяется. Повышается вероятность появления участника, чьи специальные знания окажутся полезными для выполнения группового задания. Маленькие группы более эффективны, поскольку быстрее поддаются организации, быстрее работают и предоставляют каждому студенту больше

возможностей внести в работу свой вклад.

Использование интерактивных методов позволяет ознакомить студентов с этиологией, патогенезом и клинической симптоматикой заболеваний, обучить принципам диагностики и лечения, научить основным принципам профилактики, научить оценивать тяжесть состояния пациента, развить навык эффективного сотрудничества с другими людьми, совершенствовать навыки межличностного общения, развить персональные качества специалиста, формировать и развивать навык эффективного общения врача и пациента.

Литература:

1. Развитие профессионализма преподавателя высшей школы/Под ред. А.А. Деркача. – Москва: Изд-во РАГС, 2009. – 386 с.

2. Мандриков В.Б., Краюшкин А.И., Ефимова Е.Ю. и др. Использование инновационных технологий преподавания в медицинском вузе: Материалы региональной межвузовской учебно–метод. конф. с междунар. участием. Краснодар, 18 марта 2010 г. // Международный журнал экспериментального образования. — 2010. — № 4 (Приложение № 1). — С. 140–142.

3. Долгоруков А. Метод case-study как современная технология профессионально-ориентированного обучения [Электронный ресурс] Режим доступа http://www.vshu.ru/lections.php?tab_id=3&a=info&id=2600

4. Шаронова С.А. Деловые игры /С.А. Шаронова. – Москва: Изд-во РУДН, 2005. – 166 с.

5. Ступина С.Б. Технологии интерактивного обучения в высшей школе: Учебно-методическое пособие. – Саратов: Издательский центр «Наука», 2009.

Резюме. Узагальнений досвід викладання навчання педіатрії для студентів медичних факультетів із застосуванням різних інноваційних методів. Володіння практичними навичками оцінки і класифікації тяжкості стану дітей знижує для майбутнього лікаря ризик можливості помилок діагностики і лікування дитини. Інноваційні технології підвищують мотивацію студентів при освоєнні клінічної дисципліни.

Ключові слова: викладач, медичний внз, інтерактивне навчання.

NTERACTIVE METHODS OF EDUCATING ON DEPARTMENT OF PROPAEDEUTIC PAEDIATRICS

Balychevtseva I.V.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Resume. Experience of teaching of educating paediatrics is generalized for the students of medical faculties with the use of different innovative methods. Possession practical skills of estimation and classification of weight of the state of children the risk of possibility of errors of diagnostics andtreatment of child reduces for a future doctor. Innovative technologies promote motivation of students at mastering of clinical discipline.

Keywords: teacher, medical institution of higher learning, interactive educating.

УДК 378.147:61+378.178

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА РОЛЕВЫХ ИГР ДЛЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ

Бравистова Н.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Предлагается использование метода ролевых игр для групповой формы

самостоятельной работы студентов.

Ключевые слова: самостоятельная работа студентов, метод ролевых игр.

Индивидуальные задания являются важной составляющей при обучении студентов в условиях кредитно-модульной системы, так как позволяют индивидуализировать процесс самостоятельной работы студентов (СРС), являющейся одним из основных методов получения знаний и освоения практических навыков. Опыт применения индивидуальных заданий в учебном процессе показывает, что они могут включать: изучение новых подходов в диагностике и лечении, проведении неотложной помощи и реабилитационных мероприятий, знакомство с новыми научными публикациями в нашей стране и за рубежом, решение ситуационных заданий разных типов, проведение клинических разборов при различных патологиях, применение разных средств активизации мышления и инициативы в СРС с целью закрепления материала. При этом личностно-ориентированный и индивидуализированный подход при выборе индивидуальных заданий связан с определением цели, объема, содержания, с выбором отдельной конкретной тематики изучаемой дисциплины, соответствием таких заданий с тематическими планами, а также формами и методами контроля самостоятельной работы студентов.

Контроль за своевременным и качественным выполнением студентами индивидуальных заданий осуществляется преподавателями при проведении практических занятий, собеседований, консультаций и других форм учебного процесса. Важной является разработка на кафедре интегрированных комплексов информационной и учебно-методической поддержки СРС по изучаемым дисциплинам (учебных пособий, методических рекомендаций, обучающих заданий, клинических задач-моделей).

Индивидуальные задания должны дополняться групповыми формами СРС, а метод ролевых игр в обучении является оптимальным и прогрессивным способом, применяемыми в медицинском образовании и в перспективе можетт быть широко использован в подготовке других специалистов, например в сфере управления, имея в первую очередь инновационную и лидерскую направленность. При обучении по методу ролевой игры основное внимание направлено на ученика, на его индивидуальные способности и целевые установки. При традиционных методах обучения основной акцент делают на учебном материале. При этом обучение было бы эффективным, если бы учитель обучал тому материалу, который по системе положительных или отрицательных обратных связей поступал от ученика, не занимаясь его натаскиванием. В этом случае учитель - не посредник в передаче знаний, а создатель собственного информационно-ориентированного пространства, где проявляются разные способности, желания, потребности и потенциальные возможности его учеников. При этом подходе учитель уподобляется тренеру, который тренирует учеников, сам непосредственно не участвуя в игровом действии. Его роль - пробуждать интерес к процессу познания и овладения знанием с учетом глубины понимания и широты толкования этого знания. Эта обучающая игра, как и все игры, имеет свои правила, возможности и

ограничения, положительные и отрицательныестороны, и прежде всего, свое направление и цель. Для примения новых видов учебной деятельности в рамках различных направлений Болонского процесса, а также путей внедрения его основных положений в учебный процесс медицинского вуза, метод групповой ролевой игры представляется связующим звеном между индивидуальными и групповыми формами обучения, так как формирует у студентов способность работать в коллективе, в котором каждый участник имеет определенные функциональные задания, подчиненные общему плану деятельности и имеющие единую конечную цель.

Следовательно, групповые формы организации самостоятельной учебной деятельности должны обязательно сочетаться с индивидуальными. Они могут не только формировать у студентов способность работать со справочной литературой, анализировать информацию, обобщать, делать выводы, но также развивать при этом коммуникативные умения, необходимые для последующей практической деятельности. Групповая форма организации учебы воспитывает ответственность, побуждает студентов самостоятельно получать образование, совершенствоваться, воспитывает компетентных будущих молодых специалистов. При использовании такой формы работы осуществляется подготовка будущих специалистов к профессиональной деятельности и формируются навыки непрерывного образования, повышается активность познавательного процесса, что необходимо для обучения и профессиональной деятельности в информационно-ориентированом обществе.

Резюме. Пропонується використання методу рольових ігор для групової форми самостійної роботи сиудентів

Ключові слова: самостійна робота студентів, метод рольових ігор.

THE METHOD OF ROLE GAMES USING FOR IMPROVEMENT OF PROFESSIONAL PREPARING STUDENTS

Bravistova N.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The method of role games for group form of individual students work propose.

Key words: individual students work, method of role games.

УДК 378.148-49:616-097-036.1

СОЧЕТАНИЕ ОЧНОГО И ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ – НОВАЯ ФОРМА СОВРЕМЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Бравистова Н.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В статье проанализированы преимущества и недостатки очного и дистанционного обучения, даны теоретические предпосылки существования новой формы - очного обучения с технологиями дистанционного образования.

Ключевые слова: очное обучение, дистанционное образование, современное образование.

В современных условиях, в связи с постоянным развитием компьютерных и информационных технологий, количество новой информации непрерывно

растёт. В тоже время, требования общества, личности и государства порождают новые представления об образовательных результатах, которые невозможно достичь в старой образовательной среде. В связи с чем, все большая роль отводится методам активного познания, самообразованию, дистанционным образовательным программам обучения. Активизация самостоятельной работы студентов, их подготовка к трудовой деятельности, требующая повышения квалификации в условиях быстрого устаревания информации невозможны только в рамках традиционного очного обучения. Становится очевидным переход от уже архаичного принципа «знания на всю жизнь» к принципу «знания через всю жизнь» что предполагает развитие и совершенствование личности каждого человека на протяжении всей жизни.

Существующее очное обучение, с точки зрения вышеуказанной позиции, имеет ряд характерных недостатков:

- отсутствие персонализации в системе обучения, которая в свою очередь, снижает учебную мотивацию;
- неравномерность учебной деятельности и нагрузки, в связи с тем, что многие студенты совмещают работу с учебой, приводит к интенсивной работе лишь в последние две-три недели семестра;
- преподаватели далеко не в полной мере используют свой профессиональный ресурс в процессе обучения - их значительный образовательный потенциал часто ограничивается порогом восприятия знаний аудитории;
- сложившийся дисбаланс в сторону теоретических знаний, часто приводит к нехватке практического опыта у студентов;

Эффективность дистанционного обучения во многом основана на том, что обучаемые имеют возможность работы с учебными материалами в таком режиме и объеме, который подходит непосредственно им.

В то же время, имеются слабые стороны и у дистанционного обучения:

- недостаточность очного общения преподавателя и обучаемых, а значит и воспитательного воздействия;
- отсутствие развития мотивации и самодисциплины у студентов, необходимых при дистанционном обучении;
- отсутствие формирования первоначальных навыков обучаемых для работы в той или иной дисциплине;
- ограничение перечня специальностей, которые можно эффективно готовить используя дистанционный принцип обучения и др.

Концепция комбинированного обучения предполагает, что в современных условиях студент должен оптимально и в различных сочетаниях использовать все возможности, предоставляемые как классическим обучением, так и применением дистанционных технологий. При этом создаются условия для решения основной проблемы традиционного обучения, заключающейся в ограниченности возможностей для реализации и развития потенциальных способностей каждого обучаемого. Смешанная модель обучения - это модель использования распределенных информационно-образовательных ресурсов в очном обучении с применением элементов асинхронного и синхронного дистанционного обучения.

Комбинированное обучение позволяет использовать сильные стороны очной формы обучения и преимущества дистанционных технологий. Появляется возможность проведения более интересных и насыщенных очных занятий. Например, преподаватель выстраивает учебный процесс таким образом, чтобы студент предварительно осваивал определенную часть материала самостоятельно с помощью дистанционных технологий. При этом на очном занятии, преподаватель сможет уделять максимум внимания практике, не теряя время на чтение лекции и т.д. Следует отметить что, при смешанной форме обучения студенты получают возможность формирования очного занятия, заранее передавая преподавателю свои вопросы, с которыми они сталкиваются в ходе самостоятельной работы. Преподаватели действуют как эксперты и консультанты, помогая студентам анализировать и решать проблемы. В основе смешанной системы обучения желательно использовать формы и приемы педагогического процесса, которые уже доказали свою эффективность и целесообразность. Так модульно-рейтинговая система оценки качества обучения студентов уже вошла в практику дистанционного обучения, но и для очного обучения эта система используется многими вузами. Смешанное обучение также дает возможность создания системы непрерывного послевузовского образования, обмена информацией независимо от временных и региональных факторов.

Резюме. У статті проаналізовано переваги та недоліки очного та дистанційного навчання, дані теоретичні передумови існування нової форми - очного навчання з технологіями дистанційного навчання.

Ключові слова: очне навчання, дистанційна освіта, сучасна освіта.

COMBINATION OF FULL-TIME AND DISTANCE LEARNING –
NEW FORM OF MODERN EDUCATION

Bravistova N.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The article analyzes the advantages and disadvantages of full-time and distance learning, given the theoretical premises of the existence of a new form - full-time study with the technologies of distance education.

Key words: full-time education, distance education, modern education

УДК 378.147+616-071.1+017.3

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИЯ ИММУНОГРАММЫ ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО И МЕЖДУНАРОДНОГО ФАКУЛЬТЕТОВ

Бравистова Н.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье представлены практические рекомендации по методологической конструкции системы знаний о правилах проведения иммунологического обследования и клинической интерпретации иммунограммы

Ключевые слова: лабораторные методы исследований, иммунограмма.

В последнее десятилетие, методы оценки иммунного статуса стали

широко использоваться в различных областях медицины: с целью постановки диагноза, контроля и оценки эффективности терапии, а также для обоснования и выбора лекарственных средств. Использование иммунограммы в клинической практике помогает: проводить диагностику иммунодефицитов, инфекционных, аутоиммунных, аллергических, онкологических заболеваний, осуществлять оценку необходимости, возможности и эффективности проведенной иммунизации и др.

В связи с этим методологическая конструкция системы знаний о закономерностях интерпретации иммунограммы имеет важное значение как при подготовке молодых медицинских кадров, так и на этапе последипломного усовершенствования практических врачей. В свою очередь, содержание обучения по данной теме, формируется с учетом общих и конкретных целей занятия, обусловленных приемственностью раннее полученных знаний и умений на клинических кафедрах, а также образовательно-квалификационной характеристикой специалиста-медика. Основной целью занятия "Структура и принципы функционирования имунной системи. Виды иммунитета. Возрастные особенности. Иммунологические методы исследований. Иммунологические синдромы. Клиническая интерпретация иммунограммы" является умение проводить оценку иммунного статуса человека.

Основная цель занятия достигается последовательным овладением конкретних целей:

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования выделять и оценивать основные синдромы иммунологической недостаточности.
2. Составить план и оценить результаты данных дополнительного обследования при основных синдромах иммунологической недостаточности.
3. Проводить дифференциальную диагностику основных синдромов иммунологической недостаточности.
4. Поставить предварительный клинический диагноз основных синдромов иммунологической недостаточности.

При различных заболеваниях человека в иммунной системе можно выделить два основных типа изменений: причинные и следственные. Важнейшей задачей иммунодиагностики является установление причинных факторов, которые ведут к развитию патологического состояния. В связи с этим, при оценке параметров иммунной системы, применяется системно-функциональный подход. В связи с чем, особое значение приобретают правила назначения и интерпретации иммунограммы.

При назначении и проведении иммунологического обследования следует руководствоваться следующими правилами:

1. Обеспечение установления диагноза заболеваний (основного или сопутствующих, а также осложнений их);
2. Определение перечня исследований исходя из задач и конкретных клинических показаний врача. Из перечня тестов, выбираются необходимые, способные дать информацию в рамках имеющихся целей. То есть, исследования проводят для решения прежде всего поставленной лечебно-профилактической задачи;

3. Назначение наиболее информативных и простых тестов (если нет других соображений, вначале могут быть использованы скрининговые тесты, позволяющие оценить функцию части звеньев иммунной системы).;
4. Комплексность (предусматривает подбор необходимых тестов, всесторонне характеризующих параметры иммунитета). То есть в комплексе используемых тестов должны быть использованы гематологические и иммунологические исследования с помощью которых возможно установить не только изменения функции основных звеньев иммунной системы, но и её специфические и/или иммунопатологические реакции.
5. При возможности, использовать нескольких тестов, позволяющих охарактеризовать с различных сторон предполагаемый основной параметр.
6. Назначение тестов для углубленной характеристики иммунологической реактивности (в том числе для анализа генов, определяющих реакции иммунной системы) при недостаточности или необходимости дополнительной информации;
7. Обязательное проведение динамических исследований в комплексе с повторным клиническим и прочим лабораторно-инструментальным обследованием;
8. Забор крови или другого биологического материала в определенных стандартных условиях.

Количество методов, позволяющих более точно исследовать и дать характеристику состояния иммунной системы, постоянно увеличивается. При этом использование тестов первого и даже второго уровня, предложенных первоначально для оценки иммунного статуса, далеко не всегда является информативным.

Следует помнить, что значения иммунологических показателей у здоровых людей неодинаковы. Они характеризуются индивидуальностью, возрастными изменениями и колебаниями под влиянием биологических ритмов и нагрузочных факторов и т.д. Одни показатели подвержены более сильным, другие менее сильным изменениям.

Необходимо учитывать, что наряду с большими возможностями диагностики ряд иммунологических исследований имеет высокую стоимость, и может существенно варьировать в динамике. Поэтому необходимо придерживаться следующей тактики лабораторной диагностики: от дешевых, информативных и простых методов к дорогим и сложным с учетом частоты встречаемости отдельных иммунодефицитов и конкретных причин консультации.

Анализ показателей иммунограммы проводится исходя из определенных правил:
1. Полноценный клинический анализ иммунограммы может быть проведен лишь в комплексе с оценкой клинической картины заболевания у данного пациента и данных его анамнеза. Делать клинический вывод на основании лишь иммунограммы нельзя, так как одни и те же измения показателей иммунограммы могут наблюдаться при принципиально разных патологических процессах.

2. Комплексный анализ иммунограммы более информативен, нежели оценка любого показателя в отдельности. Одинаковые изменения определенного показателя в разные фазы острого воспалительного процесса могут рассматриваться как благоприятный и неблагоприятный признак.
3. Реальную информацию об изменениях иммунограммы дают значительные нарушения показателей в иммунограмме (40-50% от нормы и более).
4. Клинические данные играют решающую роль, а иммунограмма несет вспомогательное диагностическое и прогностическое значение. Отсутствие сдвигов в иммунограмме при наличии клинической картины патологии требует изучения функции компонентов отдельных звеньев иммунной системы.
5. Анализ иммунограммы в динамике (особенно в сопоставлении с клинической динамикой) более информативен с точки зрения как диагностики, так и прогноза течения заболевания, помогает избежать ошибочного трактования.
6. Диагностическое и прогностическое значение имеют индивидуальные показатели нормы у данного пациента (с учетом возраста и наличия сопутствующих хронических заболеваний, действия вредных факторов, медикаментозной терапии).
7. Первоочередное значение при оценке иммунограммы имеет соотношение показателей иммунограммы, а не их абсолютные значения.
8. При оценке показателей иммунограммы следует учитывать возможность их колебаний, в связи с принятием пищи, физическими нагрузками, ощущением страха, временем суток.
9. Несоответствие сдвигов показателей иммунограммы и клинической картины заболевания (синдром диссоциации) свидетельствует о неблагоприятном развитии процесса.
10. Чем выше антигенность чужеродного фактора и больше зона его проникновения, тем ярче будет воспалительный процесс. Поэтому более выраженными должны быть и сдвиги в иммунограмме, что будет свидетельствовать в пользу адекватности реакции иммунной системы. Отсутствие указанных изменений в лейко- и иммунограмме - неблагоприятный симптом, который свидетельствует о неадекватности роботы иммунной системы. Своевременное распознавание признаков такого несоответствия является главной задачей клинициста.

Резюме. У статті наведені практичні рекомендації до методологічної конструкції системи знань щодо правил клінічної інтерпретації імунограми.

Ключові слова: лабораторні методи досліджень, імунограма

PECULIARITIES FOR CLINICAL INTERPRETATION OF IMMUNOGRAM IN EDUCATION STUDENTS OF MEDICAL AND INTERNATIONAL FACULTIES

Bravistova N.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This article presents practical advice on the methodological design of the system of knowledge about the rules of the clinical interpretation of the laws immunogram.

Key words: laboratory research methods, immunogram

УДК 616-053.2+378.096:378.146+004.9

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРАХ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ДонНМУ им. М. ГОРЬКОГО.

Буряк В.Н., Махмутов Р.Ф., Такташов С.И., Пошехонова Ю.В., Шабан Н.И., Бабич В.Л., Сергиенко А.С., Мурашко Е.С., Бессараб П.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье отражены основные аспекты использования интерактивных методов обучения на кафедрах педиатрического профиля ДонНМУ им. М. Горького, позволяющих формировать у выпускников ВУЗа профессиональные навыки, обеспечивающие конкурентоспособность на международном рынке медицинских услуг. С этой целью в ДонНМУ им. М. Горького произведена модернизация образовательного процесса за счет внедрения активных методов обучения, направленных на формирование базовых компетенций, позволяющих студентам самостоятельно приобретать умения, максимально приближенные к потребностям практического здравоохранения.

Ключевые слова: Обучение студентов, интерактивные методы, профессиональные навыки.

Интерактивное обучение – это специальная форма организации познавательной деятельности. Она подразумевает вполне конкретные и прогнозируемые цели. Одна из таких целей состоит в создании комфортных условий обучения, при которых студент чувствует свою успешность, свою интеллектуальную состоятельность, что делает продуктивным сам процесс обучения. Говоря проще, интерактивное обучение – это общение в процессе занятия преподавателя со студентами, студентов с преподавателем и между собой.

Основные виды интерактивных образовательных технологий, которые используются на кафедрах педиатрического профиля ДонНМУ им. М. Горького:

1. Работа в малых группах (команде) – совместная деятельность студентов в группе под руководством лидера, направленная на решение общей задачи путём творческого сложения результатов индивидуальной работы членов команды с делением полномочий и ответственности.

2. Анализ конкретных ситуаций (case – study) – анализ реальных проблемных ситуаций, имевших место в соответствующей области профессиональной деятельности, и поиск вариантов лучших решений.

3. Ролевые и деловые игры – ролевая имитация студентами реальной профессиональной деятельности с выполнением функций специалистов на рабочих местах.

Одним из способов реализации интерактивного обучения является работа студентов в малых группах. Работа студентов в малых группах предполагает достижение интеллектуальной автономности человека и возможности развития социальной компетентности за счет взаимодействия пяти основных компонентов.

Первый компонент – позитивная взаимозависимость. Она проявляется в следующем: каждый студент, получая некоторую часть задания, должен

понимать, что достижение им хорошего результата возможно лишь в том случае, если тот, кто находится рядом, тоже достигнет хорошего результата. А от получения хорошего совместного результата, безусловно, выиграет и каждый в отдельности. В малых группах должно быть до четырех человек (большее количество усложняет получение качественного результата). Каждый в группе получает такое задание, выполнение которого, с одной стороны, дополняет деятельность других, а с другой стороны, оно значимо для каждого в отдельности. Так возникает ощущение причастности каждого к совместной деятельности – формируется позитивная взаимозависимость.

Второй компонент – структурированная индивидуальная ответственность. Деятельность каждого студента оценивается посредством:

а) индивидуального тестирования каждого студента;

б) объяснения каждым студентом содержания выученного им материала своему одногруппнику;

в) наблюдения за каждой группой и документирования личного вклада каждого студента.

Цель работы студентов в малых группах состоит в том, чтобы сделать каждого студента индивидуально сильнее в его собственной позиции. Студенты изучают вместе то, что они могут в последующем использовать индивидуально.

Третий компонент работы студентов в малых группах – обеспечение стимулирования студентами взаимных успехов (помогая, способствуя, поддерживая, стимулируя и одобряя усилия друг друга). Акцент делается на том, как решать проблемы, каким образом учить знаниям своих однокурсников, как связывать изучаемое в настоящий момент с тем, что изучалось прежде. Это делает когнитивный процесс вербально объясняющим. Вербальные и невербальные реакции членов группы обеспечивают важную обратную связь деятельности студента. Студенты получают возможность узнать друг друга и на личностном, и на профессиональном уровне.

Четвертый компонент – обучение студентов необходимым социальным навыкам и обеспечение их использования. Успех кооперативных усилий требует сформированности ряда социальных навыков. Как и академическим навыкам, так и навыкам лидерства, принятия решения, создания доверия, коммуникации и управления конфликтами надо обучать целенаправленно.

Пятый компонент работы студентов в малых группах – обеспечение того, чтобы у студентов было время включиться в групповой процесс (определение способов совершенствования используемых студентами процессов обучения). Студенты фокусируются на постоянном совершенствовании процессов групповой работы путем описания того, какие действия каждого обучаемого были наиболее полезны для обеспечения эффективных рабочих взаимоотношений и все ли члены группы достигли своих учебных целей. Студенты принимают решение о том, какие модели поведения следует развивать далее, а какие необходимо изменить.

Результатом процесса групповой работы может быть:

а) направление учебного процесса по пути его упрощения (уменьшение сложности);

б) избавление от непрофессиональных и неподобающих действий (процесс, защищенный от ошибок);

в) постоянное усовершенствование навыков работы в команде.

Обеспечение всех перечисленных компонентов может способствовать возникновению эффектов кооперативного обучения.

Этот метод обучения используется на всех кафедрах педиатрического профиля ДонНМУ им. М. Горького.

Пример применения этого метода.

Методика проведения практического занятия с использованием метода «Работа студентов в малых группах при отработке практического навыка аускультация тонов сердца» на кафедре педиатрии и детских инфекционных болезней ДонНМУ им. М. Горького.

Продолжительность игры для каждой группы – от 10 до 15 минут, (в группе 2 – 3 студента), таким образом удается задействовать всех студентов на занятии.

Преподаватель в течение 2 минут обосновывает актуальность, раскрывает сложность проведения и оценки результата этого навыка в теории и на практике; указывает связь проблемы с будущей профессиональной деятельностью; формулирует цели и задачи выполнения этого практического навыка.

Аускультация (лат. – auscultare) – метод объективного обследования, основанный на анализе различных звуков, образующихся в процессе жизнедеятельности внутренних органов. В современной клинической практике применяется аускультация с использованием стетофонендоскопа. При проведении аускультации необходимо придерживаться определенных правил:

1. Области аускультации следует широко раскрыть.

2. В комнате должно быть тихо и тепло.

3. Стетофонендоскоп нужно плотно прикладывать к телу равномерно всей поверхностью.

4. Во время аускультации стетофонендоскоп нужно фиксировать пальцами.

5. Следует пользоваться одним и тем же стетофонендоскопом, поскольку каждый из них имеет свои особенности.

Аускультация сердца у ребенка производится в вертикальном и горизонтальном положениях, на высоте вдоха и выдоха, до и после нагрузки, в определенной последовательности:

1 точка – область верхушечного толчка (звуковые явления митрального клапана);

2 точка – нижняя треть грудины у мечевидного отростка (звуковые явления трехстворчатого клапана);

3 точка – второе межреберье справа у края грудины (звуковые явления клапана аорты);

4 точка – второе межреберье слева у края грудины (звуковые явления клапана легочной артерии);

5 точка (точка Боткина – Эрба) – третье, четвертое межреберье слева у

края грудины (звуковые явления митрального клапана и клапана аорты).

Закончив аускультацию сердца, правильно интерпретировать аускультативную картину: оценить ритм сердечной деятельности, определить частоту сердечных сокращений, определить количество выслушиваемых тонов и дать им характеристику (звучность, чистота (ясность)).

Над всей областью сердца можно выслушать два тона: I тон – систолический, обусловливается напряжением и дрожанием клапанов и мышцы сердца в период систолы, а также дрожанием стенок сосудов в начале фазы изгнания крови; II тон – диастолический, обусловлен захлопыванием, напряжением и вибрацией клапанов и дрожанием внутренних структур сердца в период диастолы. Тон I выслушивается после большой паузы и совпадает с верхушечным толчком и пульсом на сонной артерии, тон II – после малой паузы. Добавочные III и IV тоны возникают в результате растяжения расслабленной стенки желудочков под влиянием быстрого поступления в их полость первой порции крови из предсердий в начале диастолы (III тон) и в момент систолы предсердий (IV тон).

Далее первый студент из малой группы самостоятельно работает над проведением и оценкой результата этого навыка в теории и на практике. При этом допускается обмен мнениями с другими студентами для поиска оптимального решения (групповая работа). Преподаватель наблюдает за работой студентов, при необходимости отвечает на возникшие вопросы, дает рекомендации, напоминает о необходимости уложиться в установленное время. Каждый последующий студент имеет возможность обсудить результат этого навыка с предыдущим студентом, сопоставив его результат со своим вариантом результата. В итоге каждый студент должен выполнить этот практический навык.

Преподаватель подводит итог коллективной работы над ситуацией, выделяет оптимальные решения, вытекающие из конкретной ситуации. Затем преподаватель окончательно оценивает работу каждого студента.

Анализ конкретных ситуаций (case – study) – эффективный метод активизации учебно–познавательной деятельности студентов. Кейс – это описание реальной ситуации или «моментальный снимок реальности».

Этот метод представлен следующими видами ситуаций:

• Ситуация – оценка описывает положение, выход из которого уже найден. Цель обучаемых: провести критический анализ принятых решений, дать мотивированное заключение по поводу представленной ситуации и пути её решения.

• Ситуация – иллюстрация представляет ситуацию и поясняет причины её возникновения, описывает процедуру её решения. Цель обучаемых: оценить ситуацию в целом, провести анализ её решения, сформулировать вопросы, выразить согласие – несогласие.

Изначально кейс–метод противопоставлялся традиционному лекционному методу и ассоциировался, прежде всего, с открытой дискуссией. В кейс–методе предполагается, что преподаватель руководит обсуждением проблемы, представленной в кейсе, а сами кейсы могут быть представлены

студентам в самых различных видах: печатном, видео, аудио, мультимедиа.

Целесообразно использовать этот метод обучения на кафедрах педиатрии, обучающих студентов 4 – 5 курсов, а также на выпускающей кафедре.

Пример применения этого метода.

Методика проведения практического занятия по теме «Острая ревматическая лихорадка» с использованием метода анализа конкретных ситуаций на кафедре педиатрии №2 ДонНМУ им. М. Горького.

Практическое занятие с использованием метода анализа конкретных ситуаций включает следующие этапы:

I этап: введение в изучаемую проблему (5 минут).

Преподаватель обосновывает актуальность темы, раскрывает ее сложность, степень решения в теории и на практике; указывает связь проблемы с профессиональной деятельностью студентов; формулирует цели и задачи занятия. Введение ориентирует студентов на предмет предстоящей работы, нацеливает их на самостоятельный творческий поиск решения.

II этап: постановка вопросов (5 минут).

Студенты получают от преподавателя ситуационное задание, в котором описана конкретная клиническая ситуация по теме практического занятия. Преподаватель определяет задачи для студентов (изучить ситуацию, сформулировать клинический диагноз, назначить соответствующие диетотерапию и медикаментозную терапию, подготовиться к публичной защите своего мнения), устанавливает время и режим самостоятельной работы.

III этап: индивидуальная работа над ситуацией (20 минут).

Каждый студент самостоятельно работает над поставленными задачами. При этом допускается обмен мнениями с другими для поиска оптимального решения, групповая работа над ситуацией. Преподаватель наблюдает за работой студентов, при необходимости отвечает на возникшие вопросы, дает рекомендации, напоминает о необходимости уложиться в установленное время. В итоге каждый студент должен выполнить все задания.

IV этап: групповая дискуссия (40 минут).

Студенты поочередно выступают с сообщениями о результатах самостоятельной работы над ситуацией, отвечают на поставленные вопросы, обосновывают предполагаемый вариант решения. По ходу выступлений осуществляется дискуссия; обсуждение точек зрения и решений; формирование единого подхода к подобным проблемам и путям их решения; выбор наилучшего решения для данной ситуации. Каждый последующий студент имеет возможность обсудить решение предыдущих, сопоставить их со своим вариантом решения ситуации.

При рассмотрении новой ситуации студентами могут быть предложены несколько вариантов ее разрешения, и все они могут оказаться правильными, так как к достижению цели можно прийти разными путями, но в этом случае отмечается тот путь, который наиболее оптимален и эффективен.

V этап: заключительная часть занятия – итоговая беседа (10 минут).

Преподаватель подводит итог коллективной работы над ситуацией, выделяет оптимальные решения, вытекающие из конкретной ситуации. Затем

преподаватель окончательно оценивает работу всех студентов.

Ролевая игра дает возможность формирования у студента основных врачебных умений: оценивать результаты физикального обследования, назначать дополнительные обследования и оценивать их результат, проводить дифференциальную диагностику, формулировать предварительный диагноз и определять тактику терапии.

Такой прием интерактивного обучения используется на кафедре педиатрии №1 ДонНМУ им. М. Горького [1, 2].

Пример применения этого метода.

Методика проведения практического занятия с использованием метода «Ролевой игры» на кафедре педиатрии №1 ДонНМУ им. М. Горького.

Сценарий игры «ведет» преподаватель, который выступает в качестве носителя информации о больном. Если роль «носителя информации о больном» поручена студенту, то диагноз – это тот минимум информации, которую преподаватель сообщает студенту. Все другие сведения о пациенте, а именно: жалобы, анамнез, объективные, лабораторные и инструментальные данные выбранный студент определит самостоятельно в соответствии со своим пониманием обсуждаемой проблемы. При этом студента следует предупредить о том, что он не должен озвучивать диагноз, и может только отвечать на конкретно поставленные ему вопросы, не комментируя их и не добавляя ничего от себя.

Эту роль обычно поручают хорошо успевающему студенту.

Если студент – «носитель информации» допускает грубые ошибки, то есть не называет важные, патогномоничные клинические признаки, или называет второстепенные, не характерные для диагностируемой нозологии, преподаватель вмешивается в игру и исправляет «носителя». Однако этого можно не делать, если описываемые симптомы не совпадают с изначально предполагаемым диагнозом, но имеют черты другой болезни, диагностика которой также возможна.

Диагноз, который в начале игры преподаватель сообщает избранному студенту, это самая короткая «вводная». Понятно, что «вводная» может также содержать сведения о возрасте, поле, жалобы и т.п. Приводим пример расширенной «вводной».

На первые клинические признаки сахарного диабета у ребенка (жажда, полиурия, полидипсия, исхудание, сухость кожи) родители внимания не обратили, мальчик посещал школу. Присоединившаяся ОРВИ осложнилась острым бронхитом. Родители на приеме у врача предъявляли жалобы на наличие катаральных явлений и интоксикации.

Если «врач» при первом осмотре не предположит сахарный диабет, то «через три дня» у пациента появятся признаки кетоацидоза: тошнота, рвота, боль в животе, ухудшение аппетита, что определит необходимость вызова врача на дом.

Если и в этом случае диагноз диабета не будет установлен, то «на следующий день» у больного появится нарушение сознания, в связи с чем родители вызовут "скорую помощь»... Как видно, приведенные возможные

клинические ситуации имеют не только расширенные исходные данные, но и варианты развития событий.

Собственно, игра фактически начинается после определения преподавателем первого действующего лица. В приведенном примере – это участковый педиатр. Вслед за тем, как предназначенный на эту роль студент исчерпает свои возможности, преподаватель, еще в рамках поликлинического этапа, может подключить к игре «второго участкового врача», «заведующего поликлиникой» и т.п. На этом этапе «врачи» могут сделать доступные обследования, результаты которых объявит «носитель информации». Если «возможности поликлиники» будет исчерпаны или «состояние больного» потребует немедленной госпитализации, преподаватель подключит к действию, последовательно, «врача «скорой помощи», «врача приемного отделения», «дежурного врача», «ординатора», «заведующего отделением», «консультантов курирующей кафедры». По условиям игры не только преподаватель может привлечь «более квалифицированного» специалиста, но и сами игроки, имеют возможность обратиться за помощью к коллегам.

В процессе игры все студенты воспринимают прозвучавшую информацию, она становится достоянием каждого нового действующего лица, поэтому новым «врачам» не приходится тратить время на повторение, а они только «добывают» новые сведения, на которые не обратили внимания коллеги или которые появились «в процессе наблюдения за пациентом», если события «развиваются не один день». Студентам запрещено обмениваться информацией, обсуждать и комментировать происходящее, если они, конечно, не «в роли».

Полностью предусмотреть развитие каждой игры невозможно, но это и нецелесообразно. Главное то, что преподаватель на протяжении игры имеет возможность оценивать *не ответы* на вопросы, а *действия* каждого студента в условиях, довольно выразительно имитирующих реальную ситуацию, а также оценивать действия ведущего, если эта функция была поручена студенту. Продолжительность игры – от 20 до 40 минут, изредка больше, каждая охватывает, как минимум, 5 – 6 лиц, то есть половину учебной группы, иногда удается задействовать всех студентов.

Подобная форма контроля находит одобрение среди студентов, так как им, едва ли впервые, предоставляется возможность «действовать» в «реальных» обстоятельствах – устанавливать диагноз хотя и вымышленному, но конкретному больному, назначать ему обследование лечение, которое будет влиять на «дальнейшее состояние пациента».

Заканчивается игра подведением итогов преподавателем, который оценивает действия каждого «врача» и, что важно, указывает на имевшие место ошибки и разъясняет пути их устранения.

Использование игры на итоговом занятии не дает студентам возможности угадать обсуждаемый диагноз, что, конечно, возможно на семинарском (т.е. тематическом) занятии. В таком случае преподаватель просит обосновать эту догадку.

Учитывая, что качественное проведение деловой игры требует

достаточной продолжительности учебного занятия, определенного объема знаний и умений студентов, считаем целесообразным применять этот метод интерактивного обучения только на выпускающей кафедре.

На примере вышеизложенного в ДонНМУ им. М. Горького произведена модернизация образовательного процесса за счет внедрения активных методов обучения, направленных на формирование базовых компетенций, позволяющих студентам самостоятельно приобретать умения, максимально приближенные к потребностям практического здравоохранения.

Литература:

1. Островский И.М., Прохоров Е.В., Толстикова Е.А., Остропolец М.С., Бельская Е.А., Челпан Л.Л. Значение ролевых игр в оценке практической подготовки субординаторов // Педиатрия на пороге третьего тысячелетия / Сборник научных трудов, посвященный 85–ти летию профессора Е.М. Витебского. – Донецк: Норд–Пресс, 2007. С. 199 – 201.

2. Островський І.М., Прохоров Є.В. Рольова гра як засіб навчання та контролю знань субординаторів // Медична освіта, 2004. –№1. – С. 49 – 50.

Резюме. У статті відображені основні аспекти використання інтерактивних методів навчання на кафедрах педіатричного профілю ДонНМУ ім. М. Горького, що дозволяють формувати у випускників ВНЗа професійні навички, що забезпечують конкурентоспроможність на міжнародному ринку медичних послуг. З цією метою в ДонНМУ ім. М. Горького проведена модернізація освітнього процесу за рахунок впровадження активних методів навчання, спрямованих на формування базових компетенцій, що дозволяють студентам самостійно здобувати вміння, максимально наближені до потреб практичної охорони здоров'я.

Ключові слова: Навчання студентів, інтерактивні методи, професійні навички.

ON THE USE OF INTERACTIVE TEACHING METHODS IN THE DEPARTMENTS OF PEDIATRIC DONNMU OF MAXIM GORKY.

Buryak V.N., Makhmutov R.F., Taktashov S.I., Poshekhonova Y.V., Shaban N.I., Babich V.L., Sergienko A.S., Murashko E.S., Bessarab P.A.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The article describes the main aspects of the use of interactive teaching methods in the departments of pediatric DonNMU named after M. Gorky, allowing to form graduates of higher education skills that ensure competitiveness in the international market of medical services. For this purpose they DonNMU named after M. Gorky modernized educational process through the introduction of active learning techniques aimed at creating core competencies that enable students to purchase their own skills, as close as possible to the needs of practical health care.

Key words: Education students, interactive methods, skills.

УДК 616-053.2-073: 378.147

ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ РАДІОЛОГІЇ МАЙБУТНІМ ПЕДІАТРАМ

Вакуленко І.П.,Танасічук-Гажиєва Н.В., Губенко О.В.

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Резюме. Представлений досвід викладання радіології студентам педіатричного відділення в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу. Представлені основні положення викладання радіології з рахунком цілей і задач модулів на основі розробленого проекту типової програми. Приведені тести контролю знань і вмінь, які

відображають педіатричний напрямок. Визначені проблеми викладання променевої діагностики студентам-педіатрам.

Ключові слова: кредитно-модульна система організації навчального процесу, радіологія, педіатрія.

Предмет «Радіологія» посідає одно з провідних місць в переліку дисциплін, які викладаються студентам медичного університету, що обумовлено значущістю та актуальністю цієї науки для усіх розділів практичної медицини. Променеві методи дослідження займають провідне місце в діагностиці більшості захворювань, тому лікар будь-якій спеціальності повинен вміти вибрати оптимальний метод променевої діагностики і використовувати отриману інформацію для постановки діагнозу [1, 2]. Особливо це стосується педіатрії, де діагностичні помилки неприпустимі [3].

Метою даної публікації є бажання поділитися досвідом щодо особливостей викладання радіології студентам-педіатрам.

Викладання радіології студентам вищого медичного навчального закладу, згідно освітньо-професійній програмі , здійснюється для студентів третього курсу всіх факультетів, в т.ч. педіатрам. З урахуванням сучасної перебудови викладання у вищих навчальних закладах, щодо нових вимог вищої школи в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу співробітниками кафедри сумісно з кафедрою радіології Національного медичного університету ім.О.О.Богомольця на першому етапі підготовки було створено проект типової програми, який затверджено ЦМК МОЗ України [4].

На підставі даного документа розроблено робочу програму кафедри радіології. Виділено три логічно завершених модуля: «Основи променевої терапії» (0,5 кредиту), «Методи променевого дослідження та основи променевої семіотики (1,5 кредиту), «Основи променевої діагностики» (2,0 кредиту). Дана програма є однаковою для студентів медичних факультетів незалежно від напрямку навчання.

Під час викладання першого модуля «Основи променевої терапії» всі його теми, які висвітлювали принципи і методи променевої терапії при злоякісних пухлинах і непухлинних захворюваннях, вивчали на прикладі пацієнтів зрілого та похилого віку.

Проте з перших занять другого модуля, присвяченого променевим методам дослідження, в групах педіатричного факультету проблемою навчання виникає необхідність поділяти увагу особливостям діагностики захворювань не тільки у дорослих, але і у дітей. Однак, навчального посібника, відбиваючого ці особливості, зараз не існує.

Підготовка студентів-педіатрів до третього модуля («Основи променевої діагностики») починається з самостійної роботи. За допомогою розроблених викладачами кафедри методичних вказівок студенти спробують визначити свій власний рівень знань, вчитися застосовувати отриману інформацію в практичну діяльність [5]. В даних матеріалах відображені захворювання пацієнтів різного віку, в т.ч. дитячого.

З урахуванням загальної мети навчання - вміти оцінити променеві ознаки захворювань, або вміти вибрати найбільш інформативний метод променевого

дослідження, на кафедрі радіології створено банк тестів, які містять в т.ч. ситуації з дитячої проблематики, насамперед, невідкладних станів. Наприклад, при вивченні тем, присвячених променевому дослідженню різних органів і систем студентам пропонується наступні завдання з низкою відповідей:

Тест 1. Дитина 4 років травмувала правий променезап'ястковий суглоб. Рентгенографія даної області виявила епіфізеоліз. Який симптом визначено у пацієнта?

A. Невідповідність суглобових поверхонь.

B. Зміщення епіфізу відносно діафіза.

C. Лізис епіфізу.

D. Нерівність контуру епіфізу.

E. Лінія перелому переходить з епіфізу на діафіз.

Тест 2.На рентгенограмі органів грудної порожнини у хворого 10 років зі скаргами на задишку при фізичному навантаженні виявляється гіперволемія малого кола кровообігу. Серце має мітральну конфігурацію за рахунок ствола легеневої артерії. Ліве передсердя без змін. Який морфологічний субстрат можливо обумовлює рентгенологічну картину?

A. Ураження аортального клапану.

B. Ураження ми трального клапану

C. Гідроперикард.

D. Ураження м’яза серця.

E. Вроджена шунтова вада серця.

Вирішення цих завдань сприяє розв’язанню конкретної цілі: визначити рентгенологічні ознаки, виділити провідний рентгенологічний синдром та трактувати морфологічний субстрат та потребує наявності теоретичних знань з нормальної і патологічної анатомії, променевої анатомії кісток та суглобів, органів грудної порожнини у дітей різного віку.

Тест 3. Дитина 2 років імовірно проковтнула монету. Який метод променевої діагностики слід призначити для її визначення?

A. Контрастне рентгенологічне дослідження травного каналу.

B. Рентгенологічне дослідження в умовах природнього контрастування.

C. Радіонуклідне дослідження.

D. Сонографія.

E. Комп’ютерна томографія з контрастуванням травного каналу.

Тест 4. У хлопчика 6 років зі скаргами на задишку при фізичному навантаженні лікар-кардіолог аускультативно визначив систоло-діастолічний шум та запідозрив шунтовий порок серця. Який метод променевої діагностики дозволить встановити діагноз?

A.Рентгенографія органів грудної порожнини.

B. Магнітно-резонансна-томографія зі штучним контрастуванням.

C. Комп’ютерна томографія.

D. Рентгенотомографія.

E. Кардіоміосцинтиграфія з технеція пірофосфатом.

Під час виконання даних тестів щодо вміння вибирати оптимальний метод обстеження, студенту потрібні знання про діагностичні можливості

променевих методів діагностики, наявність променевого навантаження, можливість уникнути пошкоджень дитячого організму.

В методичних вказівках, якими користуються студенти під час підготовки до занять, надається еталон відповіді на завдання.

На практичних заняттях під час самостійної роботи кожному студенту надаються індивідуальні завдання зі зображеннями органів, отриманих різними променевими методами для подальшого їх аналізу згідно схем з певними запитаннями. Треба зазначити, що в архівах всіх викладачів кафедри радіології містяться променеві зображення з типовими діагностичними ознаками різноманітної педіатричної патології. Під час перевірки та обговорення результатів наприкінці заняття викладачі звертають увагу студентів на особливості візуалізації у пацієнтів дитячого віку. Однак, враховуючі різноманітну специфіку педіатричної радіології, брак необхідних навчальних джерел, обмежений термін занять [6], можливість висвітлювати усі виникаючі питання ускладнюється.

Таким чином, накопичений багаторічний досвід викладання радіології вказує на необхідність створення підручника або навчального посібника для студентів педіатричного профілю, який би охоплював всі теми навчання в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу.

Література:

1. Крамний І.О. Проблеми якості навчання лікарів-рентгенологів у післядипломній освіті /І.О.Крамний //Проблеми безперервної медичної освіти та науки.- 2011.- №1.- С.9-12.

2. Вакуленко И.П. Алгоритмический подход оценки медицинского изображения на кафедре радиологии /И.П.Вакуленко, О.В.Губенко, А.Л.Оборнев //Зб. наук. робіт міжн. наук.-практ. конф. «Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини» (14-15 червня 2013р.).- Львів, 2013.- С.12-17.

3. Спузяк М.І. Роль «Українського радіологічного журналу» в популяризації проблем педіатричної радіології /М.І.Спузяк, І.О.Крамний, І.О.Вороньжев, Р.Ю.Чурилін //УРЖ.- 2012.- №4.- С.374-376.

4. Програма навчальної дисципліни радіології (променевої діагностики і променевої терапії) для студентів III курсу медичних факультетів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації.- К., 2006.- 40с.

5. Вакуленко І.П. Керування позааудиторною підготовкою студентів з радіології при кредитно-модульній системі організації навчального процесу /І.П.Вакуленко, Н.В.Танасічук-Гажиєва, М.Б.Первак [та ін.] //Медична освіта.- 2012.- №3(додаток).- С.28-30.

6. Вакуленко І.П. Досвід впровадження кредитно-модульної системи на кафедрі радіології /І.П.Вакуленко, М.Б.Первак, Н.В.Танасічук-Гажиєва [та ін.] //Матеріали Всеукр. наук. навч.-метод, конф. «Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ України: результати, проблеми та перспективи. - Тернопіль: ТДМУ, «Укрмедкнига», 2010. - С. 117-118.

ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ РАДИОЛОГИИ БУДУЩИМ ПЕДИАТРАМ

Резюме. Представлен опыт преподавания радиологии студентам педиатрического отделения в условиях кредитно-модульной системы организации учебного процесса. Изложены основные положения преподавания радиологии с учетом целей и задач модулей на основе разработанного проекта типовой программы. Приведены тесты контроля знаний и умений, отражающих педиатрическую направленность. Определены проблемы преподавания лучевой диагностики студентам-педиатрам.

Ключевые слова: кредитно-модульная система организации учебного процесса радиология, педиатрия.

PROBLEMS OF TEACHING OF RADIOLOGY TO THE PEDIATRIC STUDENTS.

Vakulenko I.P., Tanasichuk - Gajeva N.V., Gubenko O.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This paper presents the experience of teaching students from pediatric department radiology using terms of credit-modular system of educational process. The basic aspects of goals and objectives of teaching radiology modules is based on a model developed by a standard program. Presented tests controls knowledge and skills that reflect focus on pediatrics. Identified problems of teaching radiodiagnostics to pediatric students.

Keywords: credit- modular system of educational process, radiology, pediatrics.

УДК 378.147-322:616-053.2

СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ ВРАЧА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»

Вакуленко С.И., Гадецкая С.Г.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Учебно-исследовательская работа является важнейшим средством совершенствования профессиональной подготовки студентов. Одной из важных особенностей СНО на кафедре пропедевтики педиатрии является то, что в кружок приходят студенты, выбор профессии которыми является осознанным. Ежегодно от нашего СНО на научно-практических конференциях молодых ученых студенты успешно выступают с научными докладами. Для самих студентов формирование научного подхода к практической деятельности благотворно сказывается на клиническом мышлении.

Ключевые слова: студенческое научное общество, врач-педиатр.

«*…Отделить научное от учебного в университете нельзя.*"
Н.И. Пирогов.

Основополагающим звеном в подготовке высокопрофессиональных врачей играет исследовательская деятельность, как студентов, так и практикующих врачей любой категории. Учебно-исследовательская работа является важнейшим средством совершенствования профессиональной подготовки студентов — как теоретической, так и практической.

СНО — это группа студентов, которое формирует данное общество на добровольных началах, как правило, в него приходят студенты, успешно занимающиеся по всем учебным дисциплинам. Любой студент, независимо от того входит ли он в состав СНО или нет, но который успешно усваивает учебную программу, зачастую проявляет повышенный интерес к научно-исследовательской работе той кафедры, с которой он связывает свою будущую профессиональную деятельность. Результаты своих исследований студенты

могут представить на конкурс СНО в той форме, которая близка по манере исполнения.

При кафедре пропедевтики педиатрии Донецкого национального университета им. М. Горького работает студенческий кружок. Уже на практических занятиях по педиатрии мы стремимся создать у студентов мотивацию к изучению педиатрии, понимание социальной значимости своей профессии, клиническое мышление, понимание здоровья как ценности и потребность в постоянном самоусовершенствовании.

Одной из важных особенностей СНО на кафедре пропедевтики педиатрии является то, что в кружок приходят студенты, выбор профессии которыми является осознанным. Интерес к будущей профессии, желание студентов повысить уровень знаний, диктует выбор форм работы кружка: научные исследования, освоение практических навыков, анализ архивных историй болезни, реферативные сообщения по важным и трудным разделам медицины, клинические разборы больных с патологией, знание которой необходимо для дифференциальной диагностики. Такое разнообразие форм работы и возможность выбора, хорошая организация позволяют поддерживать устойчивый интерес студентов к работе кружка на кафедре.

Ежегодно от нашего СНО на научно-практических конференциях молодых ученых, которые проводятся весной студенты успешно выступают с научными докладами, с последующими публикациями в сборниках трудов.

Заседания СНО проводятся 1 раз в месяц во внеучебное время в помещениях кафедры на базе Донецкого областного клинического специализированного неврологического дома ребенка «Малютка», ГКБ №3, ГДКБ №5 и ГДКБ №2, продолжительность их обычно составляет 2,5 академических часа. Тематическое направление таких занятий известно заранее, расписание на оба семестра составляется в начале учебного года. Предпочтение отдается темам, которые являются ведущими в научно-лечебной деятельности кафедры: влияние персистирующих внутриклеточных инфекций, но развитие аллергостатуса, рецидивирующих респираторных инфекций и бронхообструкций, формирования бронхиальной астмы, а также изучаются неврологические особенности детей после перенесенного гипоксически-ишемического поражения ЦНС, а также разбираются редко встречающиеся патологии различных органов и систем с детализацией особенностей и трудностей их диагностики.

Занятия студентов в СНО прививает умение работать с научной литературой, вести дискуссию, знакомит с методологией научного поиска.

Каждый год лучшие представители СНО кафедры пропедевтики педиатрии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького рекомендуются в интернатуру, магистратуру и клиническую ординатуру.

Можно признать положительным опыт организации предложенных форм работы СНО в вузе. Для самих студентов формирование научного подхода к практической деятельности благотворно сказывается на клиническом мышлении, даёт возможность ощущать себя не ремесленником, а творцом,

увеличивает креативную составляющую будущей врачебной профессии, кроме того, наличие у студента научных публикаций повышает их аттестационный уровень. Для общевузовской научной работы вклад студентов - кружковцев позволяет расширить и увеличить объём исследований без дополнительных усилий и затрат.

Студенческое научное общество — это возможность не только привить студенту любовь к будущей профессии, но и сформировать творческую личность — ученого, педагога, организатора науки, будущего руководителя учреждения, гражданина, интеллигента.

Литература:

1. Бухарина Т.Л. Психолого-педагогические аспекты медицинского образования / Т.Л. Бухарина, В.А. Аверин. - Екатеринбург:УрО РАН. - 2002. - 405 с.

2. Коровина И.А. Студенческое научное общество как пространство самообразовательной деятельности / И.А. Коровина // Интеллект. Инновации. Инвестиции. - Оренбург, 2011. - № 2. - С. 185-188.

Резюме. Навчально-дослідна робота є найважливішим засобом вдосконалення професійної підготовки студентів. Однією з важливих особливостей СНТ на кафедрі пропедевтики педіатрії є те, що в гурток приходять студенти, вибір професії якими є усвідомленим. Щорічно від нашого СНТ на науково-практичних конференціях молодих вчених студенти успішно виступають з науковими доповідями. Для самих студентів формування наукового підходу до практичної діяльності благотворно позначається на клінічному мисленні.

Ключові слова: студентське наукове товариство, лікар-педіатр.

STUDENT SCIENTIFIC SOCIETY AS A STAGE PHYSICIANS ON "PEDIATRICS"

Vakulenko S., Gadetskaya S.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Teaching and research is an important means of improving the training of students. One important feature of SSS at the Department of Pediatrics propaedeutics is that students come in a circle, choose a profession which is conscious. Every year, our SSS take part at scientific conferences of young scientists, students successfully perform scientific reports. Students themselves forming a scientific approach to practical activity has a beneficial effect on the clinical thinking.

Key words: Student Scientific Society, a pediatrician.

УДК 159.9.07

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС У СТУДЕНТОВ-ПЕДИАТРОВ В СВЯЗИ С ТЕКУЩИМ КОНТРОЛЕМ ЗАНИЙ И ПУТИ ЕГО СНИЖЕНИЯ

Вишневский С.Е., Михалик Д.С., Жуков Г.В., Николаенкова Л.И., Погодина М.В., Семченкова М.Ю., Максименкова В.В.

Смоленская государственная медицинская академия

Резюме. В статье предлагается способ оптимизации частоты текущего контроля знаний студентов на кафедре на основе опросника оценки личностных качеств преподавателя и опросника уровня психоэмоционального стресса студентов.

Ключевые слова: оптимизация, контроль текущих знаний, психологические

опросники, высшее медицинское образование

Контроль знаний и умений студента – один из важных элементов учебного процесса. От его правильной организации во многом зависит эффективность управления учебным процессом и качество подготовки специалиста. Благодаря контролю знаний между преподавателем и студентом устанавливается “обратная связь”, позволяющая оценить динамику усвоения материала, реальное качество знаний и на основе полученной информации вносить соответствующие коррективы в организацию учебного процесса. Проверка исходных знаний студента – это не некий формализованный акт, а один из этапов 1) проверки знаний, 2) приобретения навыков обучения и самообучения, 3) формирования познавательных навыков по усвоению, переработке и систематизации получаемых знаний, 4)воспитательной и методической составляющих учебного процесса (обучение ответственности и активного отношения к учебе). Контроль знаний должен быть 1) систематическим (регулярным), 2) объективным, 3) индивидуальным (с учетом психолого-физиологических особенностей студентов, 4) экономным по затратам времени преподавателя и студентов, 5) педагогически тактичным (проводиться в спокойной, деловой и доброжелательной обстановке)

Вместе с тем, специфика высшего медицинского образования может вносить свои коррективы в методическую организацию контроля знаний. Это связано с прикладным характером медицинских знаний, внутренним конфликтом между теорией и практикой (обсудить теорию либо посмотреть “свежего” интересного больного), исключительно сложным взаимодействием между теоретической и практической составляющей клинической медицины. Объем информации медицинской направленности огромен, и студенту достаточно сложно после чтения учебной литературы по конкретной теме составить более или менее целостное представление о рассматриваемом заболевании без его сравнения со сходной патологией. Это может мешать объективной оценке глубины и качества домашней подготовки студента при ежедневном формализованном контроле знаний преподавателем.

Таким образом, контроль текущих знаний является важной составляющей учебного процесса, создающей активную обучающую среду (позитивная роль стресса). Вместе с тем, избыточность такого контроля может содержать в себе факторы стресса, имеющие негативную составляющую (нервозность, снижение внимания, формализация процесса получения знаний, ухудшение психологического взаимодействия между преподавателем и студентами и др.). В связи с этим спавнили позитивную и негативную составляющие стресса при текущем контроле знаний при различной частоте проведения такого контроля («частый» контроль –ежедневно; «умеренно частый» контроль – 1 раз в 3 дня; «редкий» - 1 раз в 6 дней).

Методика исследования. Для оценки психологического статуса студентов использовалось 2 типа опросников: 1- опросник оценки социально-психологического климата группы [1], [2] в части, относящейся к деловым и личностным качествам руководителя (требовательность, справедливость,

профессиональные знания и др.); 2- опросник оценки уровня психоэмоционального стресса с учетом личностных особенностей студента (методика оценки ситуативной и личностной тревожности по Спилбергу-Ханину [3] с раздельным сравнением обеих типов тревожности для исключения из эксперимента студентов, относящихся к крайним психологическим типам (например, исходно низкая личностная тревожность у флегматиков и холериков). Студенты опрашивались повторно в одной и той же группе, сравнивались 2 вида контроля попарно («частый + умеренно частый»: «умеренно частый + редкий») в начале и конце цикла терапии. Полученные в исследуемых группах баллы (см таблицы) сравнивались по t- критерию с использованием пакета Statistica 5.5 и трактовкой групповых различий как достоверных, начиная с $p<0,05$

Полученные результаты. Тестирование по шкале личностной тревожности показало, что достаточной высокий % (около 20 % всех студентов) имеют показатели тревожности, существенно отличающиеся от средних (группа «исходно тревожных» - более 9 баллов из 12; группа «исходно безразличных» - менее 3 баллов из 12). Такие представители крайних психотипов были исключены из дальнейшего исследования ввиду их резко выраженных индивидуальных психологических особенностей. Результаты дальнейшего тестирования представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Сравнительная оценка уровня ситуативной тревожности и личностных качеств преподавателя при «частом» и «умеренно частом» контроле знаний

Виды контроля знаний	Личность и качество работы преподавателя (макс. - 36 баллов)	Уровень ситуативного стресса студентов (макс. Стресс – 12 баллов)
I гр частый контроль знаний (n=16)	> 27 баллов (n=3) 18-27 баллов (n=5) < 18 баллов (n=8)	> 8 баллов (n=10) 4-8 баллов(n=6) < 4 баллов (n=0)
II гр умеренно- частый контроль знаний (n=16)	> 27 баллов (n=8) 18-27 баллов (n=6) < 18 баллов (n=2)	> 8 баллов (n=4) 4-8 баллов (n=11) < 4 баллов (n=1)

Таблица 2

Сравнительная оценка уровня ситуативной тревожности и личностных качеств преподавателя при «умеренно частом» и «редком» контроле знаний

Виды контроля знаний	Личность и качество работы преподавателя (макс. 36 баллов)	Уровень ситуативного стресса студентов (макс. Стресс – 12 баллов)
III гр умеренно частый контроль знаний (n=14)	> 27 баллов (n=7) >= 18 баллов (n=7) < 18 баллов (n=2)	> 8 баллов (n=4) > 4 баллов (n=10) < 4 баллов (n=0)
IV гр редкий контроль знаний (n=14)	> 27 баллов (n=5) >= 18 баллов (n=5) < 18 баллов (n=4)	> 8 баллов (n=2) >= 4 баллов (n=6) < 4 баллов (n=6)

Высокая оценка труда преподавателя и его личностных качеств (более 27 баллов) достоверно чаще ($p< 0,05$) (встречалась в группе умеренно частого контроля знаний по сравнению с группой частого контроля знаний (см таб.1),

При сравнении групп редкого и умеренно частого контроля знаний (таб.2) обнаружилась тенденция к “стабилизации” ($p< 0,1$) или даже снижению оценки студентами качества работы преподавателя (при явном уменьшении уровня ситуативного стресса ($p<0,05$)), что, возможно, отражает снижение мотивации к учебе в той степени, в которой она определяется текущими оценками по циклу.

Выводы

1. Кратность контроля текущих знаний студентов на практических занятиях в группе должна быть оптимизирована опытным путем в зависимости от задач, решаемых на кафедре (теоретическая или практическая кафедра), а также исходя из личностных особенностей студентов данной группы.

2. Одним из факторов оптимизации учебного процесса является учет индивидуальных особенностей студентов группы, в том числе с помощью тестов оценки ситуативной и личностной тревожности.

3. Чрезмерная частота опросов является фактором, увеличивающим стресс у студентов, но не повышающим ими оценку качества получаемых знаний в той степени, в какой это зависит от качества работы преподавателя.

Литература:

1. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. - СПб.: Питер, 2004

2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. - Самара: "БАХРАХ-М", 2001

3. Исследование тревожности (Ч.Д.Спилбергер, адаптация Ю.Л.Ханин) / Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. Дерманова И.Б. – СПб., 2002. С.124-126.

OPTIMIZATION OF PEDIATRIC STUDENT’S KNOWLEDGE CHECKUP SCHEDULE AND THEIR CLASSROOM STUDY STRESS LEVEL

Vishnevsky S.E., Mikhalik D.S., Zhukov G.V., Nikolaenkova L.I., Pogodina M.V., Semchenkova M.J., Maksimenkova V.V.

Smolensk State Medical Academy

Summary. Psychological testing of medical students is shown helpful in optimization of student’s knowledge checkup schedule and thus lowering education stress level.

Key words: optimization, everyday knowledge checkup, psychological testing

УДК 378.147:616-097-036.1+616.24-008.4

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ТЕМИ “СПЕЦИФІЧНА ІМУНОТЕРАПІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З РЕСПІРАТОРНИМИ АЛЕРГОЗАМИ”

Воробйова В.Г.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Резюме. У статті наведено методичні особливості викладання теми лікування респіраторних алергозів методом специфічної імунотерапії.

Ключові слова: викладання, специфічна імунотерапія, респіраторні алергози, лікування.

Розповсюдженість захворювання респіраторними алергозами неухильно зростає. У лікуванні цієї категорії хворих використання антилейкотриєнових, антигістамінних препаратів, інгаляційних та назальних стероїдів, мембраностабілізаторів є боротьбою із слідством, а не причиною цього патологічного стану. Тому із часом стан хворих потребує підвищення доз цих препаратів та призначенням більш інтенсивної терапії.

Причина розвитку алергічних захворювань – зміна імунореактивності організму. Ось чому найбільш раціональним і радикальним методом лікування алергічних захворювань є призначення курсу специфічної імунотерапії (СІТ). Мета СІТ - добитися зниження специфічної чутливості конкретного хворого до конкретного причинного алергену, тобто індуцирувати у хворого специфічну гіпосенсибілізацію. Це досягається введенням хворому причинного алергену починаючи із малих доз, поступово їх завищуючи. У випадку позитивного ефекту хворий стає нечутливим до цього алергену.

СІТ проводиться при полінозі, атопічній формі бронхіальної астми, алергійному риніті, коньюнктивіті, інсектній алергії у фазі ремісії. До початку лікування рекомендується провести елеменаційні заходи. Проведення СІТ екстрактами домашнього пилу, кліщовими алергенами недоцільно при супутній епідермальній алергії, коли в квартирі хворого залишаються домашні тварини. При необхідності лікування гострих інтеркурентніх хвороб (ангіна, грип), шкірне тестування можна проводити через 3 - 4 тижні після їхнього купірування.

Слід звернути увагу студентів на наявність показань, протипоказань та обмежень використання СІТ.

Показаннями до проведення СІТ вважають:

1) неможливість припинення контакту хворого з алергеном;
2) чітке підтвердження ролі алергену (пилок рослин, побутові алергени, кліщі домашнього пилу, гриби, бактерії);.
3) підтвердження IgE-залежного механізму сенсибілізації;
4) вік від 5 до 50 років;
5) обмежений спектр причинно-значимих алергенів (не більш 3).

СІТ показана пацієнтам:

1) з цілорічним та сезонним алергічним ринітом;
2) з полівалентною сенсибілізацією протягом тривалого часу нужденних у щоденному прийомі симптоматичних лікарських засобів;
3) з легкою і середньоважкою формами бронхіальної астми, при показниках $ОФВ_1$ більш ніж 70 % від належних величин після адекватної фармакотерапії, добова вариабельность ПСВ менш 20 %, потреба в короткодіючих β_2-агоністах не більш ніж 3-4 разів на тиждень;
4) у яких симптоми хвороби не контролюються належною мірою після елімінації алергенів і фармакотерапії;
5) що мають як бронхіальні, так і ринокон'юнктивальні симптоми;

6) що відмовляються від тривалого (постійного) прийому фармакологічних препаратів;
7) у яких фармакотерапія дає небажані побічні ефекти;
8) при медикаментозній алергії (призначається вкрай рідко) у тих випадках, коли препарат життєво необхідний хворому (інсулін при цукровому діабеті);
9) при епідермальній алергії в тих випадках, коли виключення контакту з твариною зв'язано зі зміною професії (зоотехніки, ветеринари, лаборанти і т.п.) чи важкою психологічною травмою при розставанні з твариною.

Обмеженнями застосування СІТ є:
1) низька індивідуальна мотивація пацієнта;
2) велика тривалість алергічного захворювання (після 6 місяців безупинного загострення і 2 сезонів пилкової алергії ефективність СІТ знижується);
3) вік старше 50 років;
4) значні порушення функцій зовнішнього подиху (показники нижче 70 % від належних величин);
5) клінічні прояви у виді хронічної кропив'янки, атопічного дерматиту;
6) сенсибілізація до харчових, лікарських, хімічних алергенів;
7) одночасне використання в курсі СІТ 4 алергенів і більше. Тривалість лікування і велике число ін'єкцій обмежують можливість переміщення пацієнта в період лікування.

Протипоказання до застосування СІТ-терапії:
1) загострення основного алергічного захворювання;
2) наявність виражених ускладнень основного алергічного процесу (емфізема легень, пневмосклероз);
3) легеневе серце з явищами хронічної недостатності функції зовнішнього дихання і кровообігу;
4) ускладнення основного захворювання інфекційним процесом із гнійним запаленням (риніт, бронхіт, синусит, бронхоектази);
5) геморагічний васкулит та інші патологічні стани, в основі яких велике значення мають аутоімунні механізми;
6) хронічні інфекції в стадії загострення (туберкульоз, бруцельоз, сифіліс та ін.), пухлини, важкі імунопатологічні стани й імунодефіцити;
7) важкі захворювання внутрішніх органів, нервової й ендокринної систем з порушенням їхніх функцій (наприклад, виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки, панкреатит, гепатит, цироз печінки, гломерулонефрит, декомпенсований цукровий діабет, облітеруючий ендартеріїт, розсіяний склероз, ревматизм в активній фазі, недостатність кровообігу II - III стадії);
8) психічні захворювання у фазі загострення, гострі інфекційні захворювання, хвороби крові;
9) лікування β-блокаторами, включаючи топічні форми (оптимол, тималол);
10) важка форма бронхіальної астми, не контрольована фармакотерапією ($ОФВ_1$ менш 70 % після проведення адекватної фармакотерапії);
11) неможливість дотримання пацієнтом схеми призначеного лікування;
12) серцево-судинні захворювання, при яких можливі ускладнення при використанні адреналіну (гіпертонія, виражений атеросклероз);

13) лікування не слід починати під час вагітності.

Препарати, на тлі яких можна проводити СІТ:

- Інгаляційні глюкокортикостероїди чи інші базисні засоби, крім системних глюкокортикостероїдів.
- Антигістаміні препарати II - III покоління з лікувальною і профілактичною метою - при появі виражених місцевих реакцій.
- Кетотифен, теофіллін.

У студентів при викладанні теми необхідно сформувати системний підхід у лікуванні алергічних респіраторних захворювань із проведенням специфічної імунотерапії. Треба довести до відома аудиторії, що сутністю такого підходу є вплив на сам механізм розвитку алергічної реакції. Внаслідок використання СІТ здійснюється перемикання синтезу IgE на синтез IgG, змінюється диференціювання з Th1на Th2, змінюється профіль цитокінів з інтерлейкінів 3, 4, 5, 10, 13 на прозапальні інтерлейкіни 2, 6, 8. Таким чином, відновлення нормальної імунологічної реактивності дозволяє зменьшити тяжкість перебігу респіраторних алергозів.

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ “ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕСПИРАТОРНІМИ АЛЛЕРГОЗАМИ”

Резюме. В статье приведены методические особенности преподавания темы лечения респираторных аллергозов методом специфической иммунотерапии.

Ключевые слова: преподавание, специфическая иммунотерапия, респираторные аллергози, лечение.

THE METHODICAL ASPECTS OF TEACHING THEME “MEANING OF SPECIFIC IMMUNOTHERAPY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH RESPIRATORY ALLERGOSIS”

Vorobyova V.G.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. To the article the methodical features of teaching of theme of treatment of respiratory allergy the method of specific immunotherapy are driven.

Key words: teaching, specific immunotherapy, respiratory allergy, treatment.

УДК 378.147+616-071.1+612.017.3

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО АЛЛЕРГИИ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ

Воробьева В.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Представлены перспективы испольнования ресурсов Всемирной организации по аллергии для повышния квалификации аллергологов и врачей других специальностей и улучшения аллергологической помощи.

Ключевые слова: Всемирная организация по аллергии, образовательные программы, повышение профессиональной квалификации.

Распространенность аллергических заболеваний во всем мире приобретает катастрофические масштабы, причем как в развитых, так и развивающихся странах. К этим заболеваниям относятся: астма, ринит,

лекарственная и пищевая аллергия, аллергия на яд насекомых, крапивница, ангионевротический отек, экзема. Крайне серьезной является проблема аллергии в детском возрасте - за последние 20 лет рост ее распространенности у детей выражен в особенной степени. Несмотря на все это, даже в развитых странах помощь пациентам с аллергическими заболеваниями неполноценна и далека от совершенства. Лишь в отдельных странах ее можно считать адекватной и соответствующей современным достижениям медицинской науки.

Во многих странах специализированной медицинской помощи для больных аллергией не существует, лечением этой категории больных в зависимости от конкретной нозологической формы занимаются специалисты узкого профиля - пульмонологи, оториноларингологи, дерматологи. И хотя терапия при использовании современных антиаллергических средств эффективна, врач чаще всего рассматривает аллергию только через призму своей специальности, т.е. в контексте поражения того или иного органа, в то время как аллергия в ряде случаев носит системный, полиорганный характер как проявление измененной иммунореактивности. Например, аллергический ринит, конъюнктивит и астма, имея общий патогенетический механизм, часто манифестируют в сочетании, поражая три разных органа.

Поскольку распространенность аллергии увеличивается столь стремительно, ее необходимо рассматривать как одну из главных проблем здравоохранения. Согласно статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), во всем мире от аллергического ринита страдают сотни миллионов людей, а от астмы - приблизительно 300 миллионов. Эти заболевания заметно ухудшают качество жизни как самих пациентов, так и членов их семей, и отрицательно сказываются на социально-экономическом благосостоянии общества.

Оказывать помощь пациентам с аллергией должны врачи-аллергологи в соответствии со стандартами для этих заболеваний. Отсутствие специализированной медицинской помощи обусловливает высокую заболеваемость и смертность, которые можно было бы избежать. Поскольку развитой аллергологической службы на уровне местных учреждений здравоохранения практически не существует, больные вынуждены обращаться за диагностикой и лечением к специалистам иного профиля, зачастую к представителям бездоказательной альтернативной медицины. В некоторых странах возможности диагностики и лечения аллергических заболеваний регламентируются на уровне первичного здравоохранения. Например, квалифицированный врач общей практики (семейный врач) должен уметь выявлять причинные аллергены и указывать способы их элиминации, рекомендовать соответствующее лечение -антиаллергические лекарственные препараты или аллерген-специфическую иммунотерапию, Один из ключевых аспектов деятельности врача-аллерголога - поиск причины аллергии, профилактика возникновения клинических симптомов и замедление ее прогрессирования, а не просто симпатическая терапия с целью купирования ее проявления.

Всемирная организация по аллергии (WAO) имеет возможность

представить глобальный ресурс по аллергии, астме и клинической иммунологии. Она стремится к достижению высочайших стандартов оказания специализированной медицинской помощи путем внедрения образовательных, обучающих и исследовательских программ в рамках всемирного альянса сообществ аллергологов и клинических иммунологов. Членство в WAO имеют более 84 региональных и национальных сообществ по аллергии, астме и клинической иммунологии.

Эксперты WAO крайне обеспокоены резким ростом распространенности аллергии в странах мира. Одна из главных задач WAO заключается в том, чтобы привлечь внимание к аллергии и астме как глобальной проблеме общественного здравоохранения. Спектр видов деятельности WAO по обеспечению работы мирового аллергологического сообщества чрезвычайно широк. Организация предоставляет ресурсы и содействует проведению, в частности, Всемирной недели по аллергии, тем самым пропагандируя идею о совершенствовании диагностики и лечения аллергических заболеваний. Кроме того, WAO поддерживает исследовательские начинания и осуществляет анкетирование через членов общества, постоянно подчеркивая значимость научных исследований по аллергии и клинической иммунологии как необходимого аспекта изучения патогенеза аллергии и разработки новых методов лечения. Организацией опубликован Меморандум по обучению специалистов-аллергологов и организации специализированной помощи в странах мира, в котором четко оговорено, какими знаниями и ресурсами должны обладать врачи, занимающиеся лечением больных с аллергией, астмой и другими иммуноопосредованными заболеваниями. Согласно положениям WAO относительно базового образования, все студенты медицинских вузов должны получать фундаментальные знания и навыки диагностики и лечения аллергической патологии на этапе первичного здравоохранения, а также знать, когда направлять пациента к специалисту аллергологу-клиническому иммунологу. Предложенный WAO курс обучения внедряется в образовательный план фундаментального медицинского образования.

WAO предоставляет возможности для обучения клинических аллергологов, разрабатывает и распространяет экспертные и практические рекомендации среди членов общества, предлагает социально ориентированные обучающие программы, организует симпозиумы и лекции по всему миру. В ее рамках также проводятся занятия в школах больных аллергией и распространяются образовательные материалы (особенно в странах с низким уровнем специализированной аллергологической помощи). Используя успешный опыт функционирования многолетних членов WAO из разных географических регионов, эксперты консультируют специалистов по вопросам развития и оснащения национальных медицинских служб и обучения врачей на местах.

Таким образом, использование образовательных ресурсов WAO открывает перспективы для повышения уровня профессиональной квалификации аллергологов и врачей других специальностей и совершенствования медицинской помощи для больных аллергической

патологией.

Резюме. Викладені перспективи використання ресурсів Всесвітньої організації з алергії для підвищення кваліфікації алергологів та лікарів інших спеціальностей і покращення алергологічної допомоги.

Ключові слова: Всесвітня організація з алергії, освітні програми, підвищення професійної кваліфікації.

THE PERSPECTIVES FOR RESOURCES OF WORLD ALLERGY ORGANISATION USING FOR INCREASING OF DOCTORS PROFESSIONAL QUALIFICATION

Vorobyova V.G.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The perspectives for resources of World Allergy Organisation using for increasing of professional qualification for allergologists and other doctors and allergologist care improvement present.

Key words: World Allergy Organisation, education programs, professional qualification increasing.

УДК 378.148-49:616-097-036.1

ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ И АЛЛЕРГОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ БОЛОНСКОГО ПРОЦЕССА

Воробьева В.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В статье рассмотрены основные аспекты преподавания клинической иммунологии и аллергологии в контексте Болонского процесса.

Ключевые слова: Болонский процесс, преподавание, аутоиммунная патология, знания, учебная программа, методическое обеспечение.

В мае 1998 г. министры образования Франции, Германии, Италии и Великобритании подписали "Совместную декларацию о гармонизации систем европейского высшего образования", а в июне 1999 г. в Болонье (Италия) была подписана декларация, названная впоследствии Болонской. Она предусматривала создание к 2010 г. последовательного и согласованного общеевропейского пространства высшего образования. Украина присоединилась к болонскому процессу в мае 2005 года.

Основная цель Болонского процесса - создать единую общеевропейскую сильную и конкурентоспособную (прежде всего, с американской) систему образования, которая направлена на расширенные возможности трудоустройства специалистов и возможность устранить проблемы миграции. По своей сути медицинское образование должно быть интернационально и включать в себя все лучшее, что есть в мире на данный момент, расширить возможности трудоустройства специалистов. Поэтому Болонская декларация формирует модель европейского высшего образования с учетом специфики и традиций национальных образовательных систем.

Подписав Болонскую декларацию, Украина приняла на себя обязательства по реформированию высшей медицинской школы. Но учитывая то, что бывшая система образования была одной из лучших в мире, переход на

новую систему образования подразумевал под собой сохранение исторических традиций системы высшего медицинского образования и использование богатейшего опыта подготовки медицинских кадров, свои принципы и методологию обучения, выдержавшие проверку временем. Эти изменения не должны были понизить уровень медицинского высшего образования, и поэтому медицинские вузы входили в этот процесс очень осторожно, посмотрев работу данной системы в других отраслях высшего образования.

На кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии в течении последних лет преподавание дисциплины ведется согласно Болонскому процессу. Занятия и лекции построены в соответствии с требованиями данного процесса. Конечно же, основной стратегической составляющей развития преподавания было и остается обеспечение качества образовательного процесса - содержательного наполнения, структурного построения, информационно-когнитивных форм.

Вторым стратегическим направлением развития образования является повышение качества научных исследований на кафедре. Активно развивается студенческий научный кружок, где студенты занимаются клиническими, фундаментальными и прикладными исследованиями. Результаты их работы могут внедряться в учебный процесс, актуализировать его содержание. Для успешных инновационных исследований на базе кафедры существует иммунологическая лаборатория. Научно-исследовательская деятельность также входит в комплекс стратегических задач на современном этапе. Каждая тема занятия имеет систему ориентированной основы действий (ООД). Ее использование позволяет формировать у студентов стойкий алгоритм ранней диагностики болезней, что важно для врача любой специальности.

Разработаны методические пособия по обеспечению учебного процесса, которые широко используются в изучении клинической иммунологии. Поскольку медицина развивается динамично, одной из главных задач преподавательского состава кафедры является постоянная актуализация профессиональных знаний. Поэтому новая модель образования, должна осуществлять подготовку специалистов, которые будут осознанно и постоянно повышать свой профессиональный уровень, принимая непосредственное участие в общем образовательном процессе.

Предварительная оценка знаний крайне важна для прогнозирования и определения основных направлений образовательного процесса. Поэтому тесты исходного уровня являются очень важным звеном учебного процесса. Очень важным аспектом являются наличие учебных руководств и другие источников профессиональной информации. На кафедре создаются электронные учебники, берется участие в подготовки учебников для вузов авторскими коллективами, готовится книга практических навыков. Присутствует практика их регулярного пересмотра в соответствии с полученными новыми доказательными данными. Постоянно создаются механизмы систематического обновления содержания образования, что значительно поднимает роль самостоятельной работы студентов, так как в центре обучения согласно Болонскому процессу должен находиться студент. Это предполагает индивидуальный учебный план,

большую часть контролируемой самостоятельной работы, объективные методы оценки успеваемости, структурированный в кредитах учебный план, модульную систему обучения, рейтинговую систему оценок по балльным шкалам, переход от пассивных к активным формам обучения.

На кафедре ведется активная работа для повышения уровня обеспеченности компьютерной и коммуникационной техникой. Создан сайт кафедры, ведется работа по созданию компьютерного класса, весь преподавательский состав владеет современными информационными технологиями, поскольку для вхождения в общеевропейское образовательное пространство это является очень важным аспектом.

Основная особенность обучения студентов в контексте Болонского процесса - переход к активным формам обучения, в основе которых - самостоятельная работа в условиях управляемого процесса получения знаний и освоения практических навыков, необходимых для последующей практической деятельности. При этом главные функции преподавателя – создание методического обеспечения для эффективного управления учебным процессом, систематический контроль усвоения знаний и умений, коррекция процесса обучения в соответствии с индивидуальным планом и учебной программой.

Резюме. У статты розглянуті основні аспекти викладання клінічної імунології та алергології в контексті Болонського процесу.

Ключові слова: болонський процес, викладання, автоімунна патологія, знання, навчальна програма, методичне забезпечення.

THE TEACHING CLINICAL IMMUNOLOGY AND ALLERGOLOGY IN THE CONTEXT OF THE BOLOGNA PROCESS

Vorobyova V.G.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This paper describes the main aspects of teaching clinical immunology and allergology in the context of the Bologna process.

Key words: Bologna process, teaching, autoimmune pathology, knowledge, curriculum, methodological support.

УДК 378.147-322:61

ОСОБЕННОСТИ САМООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Гадецкая С.Г., Вакуленко С.И.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В работе представлены некоторые формы самостоятельной деятельности студентов медицинского вуза.

Ключевые слова: самостоятельная работа, студенты, деловая игра

Профессия врача в разные исторические периоды рассматривалась как «ремесло» или как «искусство» в зависимости от уровня развития общества. Сегодня, по нашему мнению, понимание этой профессии нельзя ограничивать каким либо одним понятием. Кроме владения профессиональными навыками, врач должен быть полноценной многогранной личностью,

высокообразованным и культурным человеком. Поэтому основная задача высшего образования на современном этапе заключается в формировании творческой личности специалиста, способного к саморазвитию, самообразованию, инновационной деятельности [1]. Современная система высшего медицинского образования призвана готовить молодых специалистов с высоким уровнем теоретической подготовки по своей врачебной специальности, способных быстро и эффективно реагировать на современные достижения медицинской науки, владеющих широким спектром клинического мышления и навыками оценки ситуации, готовых внедрять новые технологии в практическое здравоохранение.

Учебный процесс в вузе предусматривает поэтапное и последовательное овладение каждым студентом знаниями на теоретическом и практическом уровне с обязательным развитием интеллектуальных способностей, определяющих индивидуальный способ мышления, способствующих саморазвитию личности. Самостоятельная работа студентов является не просто важной формой образовательного процесса, а должна стать его основой. В образовательном процессе высшего профессионального образовательного учреждения выделяется два вида самостоятельной работы студентов: в учебное и внеучебное время [2]. Самостоятельная работа студентов в учебное время включает в себя работу на лекциях и практических занятиях, которую можно проводить в различных формах - «мозговой атаки», дискуссий, обсуждения конкретных ситуаций и т.д.

Особый интерес представляет самостоятельная работа студентов во внеурочное время, которая позволяет студенту корректировать ранее полученные знания (на лекциях, практических занятиях и т.п.) с теми, которыми он овладел в ходе самостоятельного изучения материала. Внеурочное приобретение знаний может быть получено различными способами.

Самостоятельная работа с литературой по специальности, включающая такие виды деятельности как «конспектирование», «реферирование». Подготовка к докладу – вид самостоятельной работы, используется в учебных и внеклассных занятиях, способствует формированию навыков исследовательской работы, расширяет познавательные интересы, приучает практически мыслить.

Одним из инновационных методов обучения при организации самостоятельной работы студентов в вузе является метод портфолио [1,2]. Портфолио – одна из современных научных технологий обучения, которая позволяет развивать у студентов умение анализировать и оценивать процесс собственного развития, развивать способности к самостоятельному поиску теоретической и практической информации, определять проблемы и пути рационального их решения, развивать способности критического анализа полученных знаний и осмысления их использования на практике применительно к будущей профессии по окончании высшего учебного заведения. Внешне портфолио может выглядеть, как набор работ, публикаций и различных материалов студента, который связывает все аспекты его деятельности при изучении дисциплины в целостную картину, и, как файловая

папка, в которую студенты подбирают учебный материал в соответствии с перечнем вопросов для самоподготовки к практическим занятиям по конкретным темам изучаемых дисциплин (тематические портфолио). В них обязательно должны быть отражены такие моменты, как выполненные домашние работы, результаты контрольных работ, описание решения ситуационных задач, размышления о неоднозначных решениях изучаемых вопросов, аргументированные личные выводы, аналитические заметки о выполненной работе и, конечно же, «письмо студенту» от преподавателя с комментариями, рекомендациями, оценкой, пожеланиями по изучаемой теме. Отбор материала для портфолио – это кропотливая работа, позволяющая студентам продумывать и решать конкретные задачи и дающая возможность проанализировать, оценить собственную деятельность. Данный вид работы требует от студентов большего времени на самоподготовку, но в конечном итоге экономит время при подготовке к итоговому контролю или экзаменам.

С древнейших времен важнейшим методом приобретения знаний, как теоретических, так и практических, считается организация «деловой игры». Р.Г. Грэм, К.Ф.Грэй писали, что «... деловые игры дают такую практику, которую ничто другое дать не может». Деловая игра – это моделирование конкретной ситуации или избранных ее аспектов, выполняемая в соответствии с заранее определенными правилами, исходными данными и методиками [3]. Главное в методах активного обучения – не то, являются ли они имитационными или неимитационными, игровыми или неигровыми, а то, что они обеспечивают у каждого учащегося достижения третьего уровня обучения – практическое овладение профессиональной деятельностью.

Деловые игры всегда присутствовали в учебном процессе. Каждый преподаватель заранее или экспромтом предлагал студентам различные ситуации, требующие решения (клинические и ситуационные задачи, тесты и т.д.). Однако это чаще индивидуальное решение одного человека. Более эффективно обучение проходит, если в процессе обсуждения и принятия решения участвуют несколько (группа) студентов, каждый из которых имеет свою конкретную роль и задачу, и должен в итоге доказать состоятельность своего решения. Студент, который не подготовился или плохо подготовился к занятию, не сумеет разобраться в предложенной клинической ситуации и не достигнет своей цели – принятия правильного решения. Чтобы избежать этого, постановка задачи и распределение ролей проводятся заранее, на предыдущем занятии, с тем, чтобы студент смог максимально подготовиться к участию в клиническом разборе больного. Желательно, чтобы в деловой игре были задействованы все студенты группы: в ролях «пациента», «лечащего врача», «врача - рентгенолога», «врача - лаборанта» и др., а также экспертов по этим по ролям.

В процессе подготовки к деловой игре у студентов появляется мотив для активного поиска диагностической информации соответственно выполняемой им роли, вырабатывается навык работы с полученной информацией. Поиск конкретного решения поставленной задачи заставляет студента переключиться на активные формы обучения, в частности, самообучение. Это позволяет ему не

только расширить междисциплинарный кругозор, но и значительно повышает интерес к предмету и учебному процессу в целом. А это в итоге является конечной целью всего процесса обучения студентов в вузе. Студент вырабатывает навык контроля своего поведения, учится адекватно воспринимать и анализировать чужое мнение.

Таким образом, самостоятельная работа студентов помогает в развитии клинического мышления будущего врача, формирует у него навыки самообразования, критической оценки ситуации, готовности в дальнейшем применять новейшие достижения науки в практику.

Литература:

1. Портных В. О воспитании самостоятельности студентов // Высшее образование в России. – 2006. –№ 7. – С. 155–157.

2. Морозова Л.А. Особенности самообразовательной деятельности в условиях вуза // Проблемы уч.-метод. и воспитательной работы в вузе: материалы III межрегион. науч.-практ. конф. – Сургут: Изд-во СурГУ, 2006. – Т. 2. – С. 124–130.

3. Шамов И.А., Гаджиев Г.Э. Деловая игра в медицинском ВУЗе: пособие для преподавателей. – Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2008. – 56 с.

Резюме. У роботі представлені деякі форми самостійної діяльності студентів медичного вузу.

Ключові слова: самостійна робота, студенти, ділова гра

FEATURES SELF ACTIVITY OF STUDENTS IN MEDICAL SCHOOL

Gadetskaya S.G., Vakulenko S. I.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. In this paper, some form of self-employment medical students

Key words: independent work, students, business game

УДК 616.9-053.2:378.147-057.875-054.62

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ ДЛЯ АНГЛОГОВОРЯЩИХ СТУДЕНТОВ НА 5 КУРСЕ

Голосной Э.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Кредитно-модульная система обучения англо-говорящих студентов включает в себя современные теоретическую и практическую подготовки с изучением типичных форм детских инфекционных заболеваний с их патогномоничными симптомами или характерными симптомокомплексами болезней, особенностями у детей раннего возраста, а также методов клинической и лабораторной диагностики, терапии.

Ключевые слова: кредитно-модульная система, , английский язык, преподавание.

Целью преподавания детских инфекционных болезней в условиях кредитно-модульной системы обучения (КМСО) для англо-говорящих студентов явилось ознакомление зарубежных студентов с историей и современным состоянием мировой и отечественной инфектологии, организацией педиатрической помощи на Украине, изучение типичных форм детских инфекционных заболеваний с патогномоничными симптомами или

характерными симптомокомплексами болезней, особенностей у детей раннего возраста, а также методов их клинической и лабораторной диагностики, современной терапии.

Детские инфекционные болезни в условиях КМСО изучаются студентами пятого и шестого курсов международного медицинского факультета (X, XI семестры) после освоения программ по общим дисциплинам.

Согласно общим целям, исходя из требований по подготовке зарубежных англо-говорящих студентов 5 курса, конкретными целями обучения являются:

1. Выбрать из жалоб, данных анамнеза наиболее информативные сведения для конкретной болезни.
2. Выявить наиболее характерные клинические признаки заболевания при исследовании больного.
3. Составить индивидуальную схему диагностического поиска в рамках основного синдрома и интерпретировать результаты дополнительных методов исследования.
4. Поставить предварительный диагноз и наметить тактику ведения больного.

На лекциях и занятиях основным объектом изучения является больной ребенок.

Практическая работа англоязычных студентов складывается из ряда позиций. Вначале преподаватель сообщает каждому студенту данные историй болезни курируемых больных детей (каждый студент получает для курации одного больного ребенка), сообщает данные лабораторных и инструментальных обследований. Во время самостоятельной курации больных преподаватель контролирует работу каждого студента у постели больного по сбору анамнеза заболевания, жизни, эпиданамнеза, по правильности клинического осмотра больного по органам и системам (осмотр, перкуссия, аускультация, пальпация и др.). Выбираются больные, их родители или родственники, которые хорошо владеют английским языком. В случаях, когда беседа с родителями или больным ребенком англо-говорящими студентами ведется на русском языке, преподаватель помогает, если возникли трудности с пониманием слов и предложений.

После этого идёт проверка умений студентов по оценке результатов лабораторного обследования больного ребенка (составление плана обследования в данном конкретном случае, трактовка клинических, биохимических, иммунологических анализов в соответствии со знанием возрастных норм).

Затем проводится клинический разбор больных детей по теме занятия в присутствии всех студентов группы с коррекцией результатов индивидуальной работы студентов.

По результатам занятия каждому студенту 5 курса выставляется 2 оценки, о которых он информируется в конце занятия:

1. За объективное обследование больного. Оцениваются:

- качество сбора анамнеза, эпиданамнеза;
- мануальные навыки при осмотре больных детей;

- оценка лабораторных данных и других дополнительных методов обследования;
- составление плана лечения.

2. За тестовый контроль, который проводится в конце занятия.

После тестового контроля подводятся итоги практического занятия.

Завершается обучение на цикле детских инфекционных болезней итоговым занятием (модулем), состоящим из теоретической части (заключительные тесты) и практической (итог усвоения практических навыков на больных с защитой историей болезни).

Таким образом, кредитно-модульная система обучения англо-говорящих студентов включает в себя современные теоретическую и практическую подготовки с изучением типичных форм детских инфекционных заболеваний с их патогномоничными симптомами или характерными симптомокомплексами болезней, особенностями у детей раннего возраста, а также методов клинической и лабораторной диагностики, терапии. Для курации выбираются больные, их родители или родственники, которые хорошо владеют английским языком. В случаях, когда беседа с родителями или больным ребенком англо-говорящими студентами ведется на русском языке, преподаватель помогает, если возникли трудности с пониманием слов и предложений. Приобретение студентами навыков для правильного сбора эпидемиологического анамнеза и осмотра пациента, развитие должных навыков общения с родителями является прочным фундаментом для получения знаний-умений при последующем обучении.

Резюме. Кредитно-модульна система викладання англомовним студентам включає у себе сучасні теоретичну та практичну підготовки з вивченням типових форм дитячих інфекційних захворювань з їх патогномонічними симптомами або характерними симптомокомплексами хвороб, особливостями у дітей раннього віку, а також методів клінічної й лабораторної діагностики, терапії.

Ключові слова: кредитно-модульна система,, англійська мова, викладання.

PARTICULARLY IN TEACHING CHILDREN`S INFECTIOUS DISEASES FOR ENGLISH MEDIUM STUDENTS IB CJURSE 5

Golosnoy EV

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Credit modular system of education for English medium students include modern theoretical and practical training this includes subjects like children’s infectious diseases, pathological symptoms or characteristic symptom complex of illness features in children less than 3 years old and also methodical, clinical, laboratory diagnosing and therapeutics.

Keywords: credit-modular system, English medium students.

УДК 378.148-49:616-097-036.1

ЗАСВОЄННЯ СТУДЕНТАМИ НОВИХ ЗНАНЬ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

Гомозова О.А.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Резюме. У статті представлені основні складові управління навчальним процесом, які

включають в себе вміння впливати на психічну діяльність студента для ефективного засвоєння нових знань.

Ключові слова: процес засвоєння нових знань, навчальний процес, психологічні особливості засвоєння знань.

Перспективи розвитку економіки нашої держави відповідно до вимог ринкових суспільно-виробничих відносин обумовлюють необхідність нових підходів до технології підготовки кваліфікованих фахівців у вищих навчальних закладах. У Національній доктрині розвитку освіти України у XXI столітті вказується на необхідність суттєво змінити саме концептуальні, засади організації навчально-виховного процесу, де в центрі повинна бути особистість студента, його потреби, мотиви, нахили і уподобання. Із пасивного споживача наукової та виробничо-технологічної інформації, виконавця репродуктивних завдань студент повинен основну перевагу віддавати самостійній навчальній праці, розвитку своїх творчих здібностей і задатків.

Саме ті знання, уміння і навики, які студент отримує через особистий досвід, у самостійній діяльності сприяють ефективному формуванню потребо-мотиваційної сфери особистості, здатної у майбутньому постійно навчатись. Ось чому вища професійна освіта поступово переходить від авторитарного навчання до особистісно орієнтованих технологій управління навчально-пізнавальною діяльністю студентів, до створення дидактичних систем розвивального навчання, які дозволили б готувати висококваліфікованих фахівців. Особливого значення та актуальності при цьому набуває підвищення ефективності навчання студентів.

Сучасні умови виробництва вимагають кваліфікованої підготовки спеціалістів з вищою освітою. Для досягнення цього, потрібно у процесі навчання значно підвищити рівень засвоєння студентами нової інформації на лекціях, семінарських та лабораторно-практичних заняттях.

Процес засвоєння нових знань студентами відбувається в ході навчальної діяльності, яка включає в себе: психолого-педагогічну підготовку до вивчення нового матеріалу - його сприймання, осмислення, закріплення, систематизацію, а також використання в різноманітних видах діяльності (навчальній, практичній, теоретичній тощо). Все це націлено на те, щоб якомога ближчою була ідентичність систем об'єктивних та суб'єктивних знань. З цього погляду доцільно розглянути психолого-педагогічпу характеристику самого процесу засвоєння знань на основі сучасних досягнень педагогіки та психології.

Відомо, що основна функція навчання полягає в передачі знань від викладача, як носія суб'єктивної системи знань, або від Іншого джерела, що в найбільшому наближенні співпадає з об'єктивною системою знань, до студентів і засвоєнні їх останніми. Причому в процесі цієї передачі не повинно бути спотворень і водночас має бути забезпечена доступність та відповідна повнота знань.

Навчання - це надзвичайно складний, багатогранний процес, сторони якого - 1) викладач, 2) студенти, 3) об'єкт вивчення - перебувають у певній взаємодії. Специфічність такої взаємодії полягає в тому, що перші дві сторони названої системи є взаємно активними, а третя дуже непросто віддає свої

таємниці, які треба пізнати. Основним суб'єктом навчання є студент. Знання про об'єкт вивчення внутрішньо адаптуються студентом, переробляються ним залежно від його минулого досвіду і, особливо, від осо-бистіспої активності, а також від рівня інтелектуального розвитку. Вони вибірково сприймаються студентом залежно від його потребо-мотиваційпої сфери та індивідуальних відмінностей психічної діяльності. Стосовно цього психологи застосовують спеціальний термін - "присвоєння" знань (О.М. Леонтьєв) або "оволодіння" знаннями для підкреслення активного характеру засвоєння знань студентами. Знання стають засвоєними тільки тоді, коли їх сприймання, переробка і наступне застосування забезпечуються активною інтелектуальною діяльністю студентів.

Засвоїти знання - означає зробити їх "своїми", якими студент може розпоряджатися, тобто використовувати для набування па їх основі нових знань, вирішення навчальних та професійних завдань.. Засвоєння особистістю знань, умінь та павичок відбувається лише в ході її діяльності як реакція на зовнішній вплив об'єкта, що вивчається, чи викладача.

Знання, що засвоює студент, повинні мати смислову значимість для нього, служити досягненню якоїсь мети, задоволенню його особистої потреби. Якщо цього не буде, то в кращому випадку навчальний матеріал буде просто "завчений" на рівні короткочасної пам'яті.

Джерелом активності особистості є потреби, що породжують мотиви, які спонукають до дій певним чином і в певному напрямку. Завдання викладача і полягає в тому, щоб зробити особистісно значущими для потреби студентів ті об'єкти, які мають реальне значення для майбутньої професійної діяльності. Внаслідок тривалих систематичних дій в такому спрямуванні у студентів може зародитися потреба пізнавальної діяльності. Таким чином, потреба готуватися до майбутньої професійної діяльності може викликати нову, більш високу потребу. У процесі вирішення останньої студент буде прагнути не зупинятися на досягнутому. Таке ціле спрямовуюче навчання передбачає систематичну постановку перед студентами завдань навчальної діяльності, при вирішенні яких досконаліше засвоюються знання, набу-паються уміння та навики.

Кожний акт засвоєння тих або інших знань, - відзначав у своїх працях С.Л. Рубінштейн, - передбачає своєю внутрішньою умовою відповідну просунутість мислення, що необхідне для їх засвоєння, і в свою чергу веде до створення нових внутрішніх умов для засвоєння подальших знань. У процесі засвоєння деякої елементарної системи знань, яка включає в себе певний об'єктивний бік відповідного предмета, у людини формується логічний тип мислення. Цей останній є необхідною внутрішньою передумовою для засвоєння системи знань більш високого порядку.

Навчання може здійснюватися, по-перше, на рівні безумовних і умовних рефлексів як освоєння особистістю нових біологічно значущих властивостей речей і явищ навколишнього світу. І, по-друге, воно може здійснюватися і на когнітивному (пізнавальному) рівні з метою виявлення у речей та явищ нових ознак і властивостей, які мають значення для практичної діяльності людини. Основу навчання на пізнавальному рівні складає мисленієва переробка

інформації, що надходить ззовні, абстрагування і узагальнення властивостей об'єктів, пов'язаних з мовними позначеннями.

Інформація про суттєві ознаки явищ, що вивчаються, процесів, закономірностей для засвоєння студентами повинна бути розшифрована і перекодована ними на основі раніше засвоєного матеріалу з урахуванням особистого досвіду. Для цього студентам необхідно провести аналіз і синтез нового матеріалу, виявити внутрішні зв'язки між раніше вивченими поняттями, явищами та новими. Можна сказати, що нова інформація повинна інтегруватися із суб'єктивною системою знань конкретного студента, стати її органічною складовою частиною.

Успішність засвоєння нових знань як розшифрування інформації і перекодування її для власних потреб, залежить від багатьох умов та факторів. Серед основних можна назвати такі: пізнавальна направленість особистості, попередні опорні знання, наявність і досконалість володіння навчальними і пізнавальними уміннями та навиками, зовнішні умови тощо. Потрібно відмітити, що окрім прямої інформації, в значній мірі на цей процес буде впливати зміст "зашифрованої" інформації, а також методи і прийоми її подачі.

Процес засвоєння знань складається не тільки з перекодування їх. Мова йде про "особистісне" засвоєння, про вироблення своїх відношень, оцінок, поглядів до цього навчального матеріалу. Починаючи з початкового ознайомлення з матеріалом і постійного співставлення його з власним минулим досвідом, студент шляхом перетворення і переосмислення нових знань повинен зробити їх своїм надбанням, тобто включити в свою систему суб'єктивних знань, вміти оперувати ними, самостійно добувати нові знання.

Навчальну діяльність, спрямовану на оволодіння певною професією, ми називаємо навчально-професійною діяльністю. Таким чином, навчально-професійна діяльність студентів має носити розвивальний характер. Це означає, що в ході навчально-професійної діяльності формуються знання, уміння та навики, розвиваються професійні відчуття, пам'ять, уявлення, уява, мислення. Цим самим створюються внутрішні умови для ефективного протікання самої навчально-професійної діяльності. Успішність навчально-професійної діяльності залежить від поставлених особистістю цілей і мотивів спонукання до такої діяльності, наявних потреб, інтересів, цінностей; усвідомлення відповідальності та обов'язку.

Навчально-професійна діяльність, як і будь-яка інша усвідомлена діяльність, повинна мати потребу, мотив, мету, предмет, умови, результат. В ході цієї діяльності функціонує психіка, яка забезпечує спонукальну, орієнтуючу, регулюючу і контролюючу основи діяльності.

Елементом структури навчально-професійної діяльності є дія, тобто процес, який підпорядкований свідомо поставленій меті. Звичайно, діяльність здійснюється деякою сукупністю дій, що підлягають частковим цілям і можуть виділятися із загальної мети. Кожна навчально-професійна (пізнавальна) дія складається із взаємопов'язаних між собою спонукальної, антиципуючої, виконавської і оціночної ланок. Спонукальна ланка пов'язана з мотивацією, антиципуюча - з метою, виконавська - з шляхами і способами дії, а оціночна - з

досягнутим результатом дії.

Пізнавальна навчально-професійна дія є складним психічним процесом, в якому приймають участь фактори, які спонукають і формують готовність до дії, засоби і способи взаємодії суб'єкта з об'єктом дії, а також систематичний контроль і оцінку проміжних та кінцевих результатів засвоєння суб'єктивних знань і відповідності їх до об'єктивних.

У процесі підготовчого етапу на студента діють зовнішні і внутрішні фактори: повідомлення і завдання викладача, зовнішня обстановка, в якій буде відбуватися навчальна дія, психолого-фізіологічний стан організму студента - працездатний або втомлений, наявність опорних знань, умінь та навичок, минулий досвід тощо. У підготовчому етапі приймають участь і відіграють значну роль психічні пізнавальні процеси (сприймання, пам'ять, мислення, уява, увага тощо), а також потребо-мотиваційна і емоційно-вольова сфери (потреби, бажання, інтереси, почуття, емоції, воля, відношення індивіда до навчальної діяльності та його нахили).

Сукупність всіх пізнавальних процесів та психічних і емоційно-вольових якостей студента, які приймають участь у цій навчальній дії, створюють внутрішні особливості особистості студента, через які відбиваються зовнішні педагогічні впливи. Від якості цієї психологічної призми залежить здатність студента оцінити сигнальний характер факторів, що впливають, їх зміст, значимість, а відповідно, і оцінити зміст майбутньої реакції на них, збудити потреби, інтерес і бажання діяти.

Загальна оцінка процесу виконання дії включає в себе раціональний та емоційний компоненти і завершується виробленням відношення до неї і її результатам в цілому. На цій основі формується оцінка значущості спонукаючих факторів, повноцінності, адекватності всіх ланок і частий дії.

На основі структури, функціональних особливостей першої ланки діяльності можна зробити висновок, що підготовка студентів до засвоєння нових знань повинна включати систему методів і прийомів педагогічного впливу, які б актуалізували у студентів відповідні опорні знання, уміння та навички, мобілізували б психічні пізнавальні процеси та емоційно-вольову сферу (увага, сприймання, пам'ять, мислення, стенічні емоції та почуття, воля тощо), викликали б потребу, інтерес, бажання вивчати матеріал того чи іншого спеціального предмета (потребо-мотиваційна сфера) та створили б установку діяти для досягнення мети. Сюди також входить підтримання на необхідному рівні зовнішніх і внутрішніх умов, що сприяють високій працездатності студентів при виконанні цієї діяльності.

У процесі навчання викладач, який організовує засвоєння студентами нового матеріалу, здійснює управління саме психічною стороною особистості студента, Управляти навчальним процесом - це означає вміло впливати на психічну діяльність студента, домагаючись при цьому ефективного засвоєння нових знань.

Література:

1. Кущенко І.В. Теоретичні аспекти вивчення психологічних особливостей засвоєння знань студентами / І.В. Кущенко // Вісник психології і

педагогіки: Дата публікації 25.05.2010.

2. Спірін О.М. Методологічні аспекти різнорівневого формування знань і вмінь студентів / О.М.Спірін // Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. - Житомир, 2003. - Вип. 11. - С. 126-129.

3. Манько В.М. Теоретико-методичні аспекти засвоєння нових знань. Ж. Нові технології навчань- №7. - 2012 г.

УСВОЕНИЕ СТУДЕНТАМИ НОВЫХ ЗНАНИЙ:
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Резюме. В статье представлены основные составляющие управления учебным процессом, которые включают в себя умение влиять на психическую деятельность студентов для эффективного усвоения новых знаний.

Ключевые слова: процесс усвоения новых знаний, учебный процесс, психологические особенности усвоения знаний.

THE NEW KNOWLEDGE LEARNING BY STUDENTS:
THEORETIC-METHODOLOGIC ASPECT

Gomozova E.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This article outlines the main components that form a competitive advantage and enable the specialist to be competitive in their profession.

Key words: learning new knowledge process, study process,. psychology-methodologic aspect.

УДК 378.148-49:616-097-036.1

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ ФАХІВЦЯ

Гомозова О.А.
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Резюме. У статті представлені основні складові, що формують конкурентні переваги фахівця та дають можливість бути конкурентоспроможним у своєї професії.

Ключові слова: професійна орієнтація, фахівець, професійна діяльність.

Головною складовою фази становлення особистості як фахівця є безпосередній вибір майбутньої професії.

Система професійної орієнтації допомагає визначитись людині в світі професій, професійно оцінити та співвіднести свої здібності та схильності, надає інформацію щодо стану ринку праці в регіоні та країні, визначає сфери професійної діяльності, які найбільш підходять тій чи іншій людині. Таким чином, основним критерієм переходу від першої фази (становлення) до фази інвестування є визначення майбутньої професії, що особа бажає отримати.

На другій, інвестиційній фазі, на основі професійного та життєвого само-визначення відбувається безпосереднє оволодіння обраною професією, першим кроком якого є вибір навчального закладу для отримання освіти. Обираючи навчальний заклад, абітурієнт вивчає ринок освітніх послуг, визначається з місцем і формою навчання. Найчастіше на вибір впливають такі чинники, як місце проживання, територіальна віддаленість навчального закладу, існуючий

ліцензійний обсяг набору і кількість бюджетних місць, вартість навчання та престижність вишу, друзі, знайомі з кола студентів.

Особливістю другої фази є те, що процес навчання повинен бути безпосередньо прив'язаний до структури попиту на ринку праці, враховувати наперед перспективні вимоги роботодавців, оскільки процес старіння знань є доволі швидким. Крім того, вважається, що випускник навчального закладу, який не поповнює свої знання, щорічно втрачає 10% отриманої інформації, а для того, щоб підтримувати свою кваліфікацію, необхідно отримувати 20% нових знань щорічно. Тому вагому роль у процесі освіти посідає самостійне навчання і є невід'ємною частиною процесу формування конкурентних переваг, що визначається у прагненні особистості до постійного саморозвитку, зокрема й у професійній сфері, здобуття додаткових знань, вмінь і навичок.

Другим етапом в житті фахівця є фаза реалізації, на якій починається безпосередня професійна діяльність особистості, що забезпечує певний рівень доходу та суспільного визнання.

Ключовою стадією цієї фази є вихід особистості на ринок праці, де відбувається конкурентна боротьба між однорідними фахівцями за отримання найви-гіднішого робочого місця та можливість реалізувати свій трудовий потенціал. Найчастіше це змагання призводить до подальшого просування в рамках фази реалізації, але іноді в зв'язку з нездатністю конкурувати з іншими, або ж невідповідністю структури знань, вмінь і навичок потребам роботодавців, фахівець змушений повертатись до інвестиційної фази з метою отримання нових конкурентних переваг. Тому цей етап є центральним у визначенні конкурентоспроможності фахівця та ефективності попередніх інвестицій.

Загалом основні складові, що формують конкурентні переваги фахівця, можна поділити на чотири групи: демографічні, освітньо-кваліфікаційні, соціально-особистісні, професійні та професійно-особистісні.

Рівень освіти та кваліфікація є основними складовими конкурентоспромож-ності сучасного фахівця. Певний рівень кваліфікації або ж наявність вищої освіти є перепусткою до роботи в багатьох сферах.

Вагому роль у визначенні конкурентоспроможності відіграє статус навчального закладу, випускником якого є фахівець. Так, наприклад, випускники столичних навчальних закладів мають перевагу перед особами, що навчались у регіонах. Це стосується рівня акредитації навчального закладу, його історично сформованого іміджу та якості підготовки кадрів, наявності задекларованих зв'язків між роботодавцями та закладами освіти.

Мають конкурентні переваги й особи, що володіють суміжними та додатковими професіями. Особливо ця компонента актуалізується у сучасних умовах, коли вища освіта, за визначенням суспільства, стала майже стандартом майбутнього професійного та життєвого благополуччя і втратила статус привілеїв. Тому наявність додаткової професійної освіти надає фахівцю багатоплановості, мобільності, поширює коло можливостей прикладання праці.

Впливають на конкурентоспроможність соціально-особистісні характеристики фахівця, які виражаються в особливостях поведінки особи в суспільстві, рисах характеру, професійному та трудовому потенціалі. До цієї

групи можна віднести такі риси: відповідальність, моральність, менталітет, творчі та інтелектуальні здібності, інноваційність, здатність до навчання, адаптивність, відповідальність, соціальні нахили, комунікабельність та інтереси. Усі зазначені складові формуються під впливом як зовнішніх чинників (культурних і релігійних традицій, соціальної та політичної стабільності, рівня грамотності та освіченості населення), так і внутрішніх (особистісних та життєвих пріоритетів, інноваційної активності, особливостях сімейного виховання).

Універсальні критерії конкурентоспроможності фахівця

Групи складових конкурентоспроможності фахівця	***Критерії конкурентоспроможності фахівця***
Демографічні	- демографічний розвиток; - рівень фізіологічної та емоційної зрілості
Освітньо-кваліфікаційні	- рівень освіти особистості; - наявність дипломів, сертифікатів, відзнак, патентів; - рівень знань іноземних мов; - кваліфікаційна відповідність; - середня тривалість періоду навчання
Соціально-особистісні	- рівень розвиненості творчих здібностей; - мотиваційно-цільовий індивідуальний механізм (життєві пріоритети фахівця); - рівень конфліктності та соціальної гнучкості; - рівень духовної та фізичної культури фахівця; - трудова та підприємницька активність
Професійні	- кількість років трудової діяльності; - глибина теоретичних знань; - ступінь відпрацьованості та розвиненості практичних навичок
Професійно-особистісні	- якості, які органічно відповідають виконуючим функціям; - відповідні риси характеру; - здібності, які потрібні для виконання конкретної роботи

Найважливішою в структурі конкурентоспроможності фахівця є професійна складова. Вона включає в себе показники, рівень яких є вирішальним для роботодавців при підборі персоналу, це - наявність професійного досвіду, професійні знання, вміння та навички, індивідуальні, базові та професійні компетенції, професійна придатність.

Досвід є запорукою ефективного використання трудового потенціалу лише за умови якісної відповідності рівня знань і вмінь потребам роботодавців і постійного їх розвитку. Через це найголовнішою конкурентною перевагою фахівця слід вважати рівень професійної компетентності, обсяг його знань, вмінь та навичок, формування та накопичення яких відбувається протягом всього життя. Основа професійних компетен-цій закладається шляхом професійного навчання, надбанням досвіду і саморозвитку особистості. Основні компетенції

фахівця, що були сформовані в системі освіти, знаходяться в прямій залежності від змісту навчальних програм, матеріально-технічної бази, наявності зворотного зв'язку між системою освіти та роботодавцями щодо якості підготовки кадрів. Крім того, професійна компетентність залежить від тенденцій розвитку галузевої структури економіки, науково-технічного прогресу, стану і гнучкості ринку праці, тому її підтримка потребує постійної самоосвіти і самовдосконалення.

Кожен професіонал володіє певни колом якостей, які роботодавець оцінює перед прийняттям рішення щодо працевлаштування (при цьому комплекс цих характеристик є дуже великим), встановлює свою ціну на труд та має свою особисту унікальність. Але більш доцільніше проводити оцінку рівня конкурентоспроможності фахівця на основі виокремлення критеріїв, відпорідно до груп складових, що їх формують (демографічних, освітньо-кваліфікаційних, соціально-особистісних та професійних), адже це дає змогу більш комплексно підійти до системи оцінювання та охопити всі конкурентні переваги особистості як фахівця. Отже, доцільним бачиться видокремлення наступних універсальних критеріїв конкурентоспроможності фахівця.

Для роботодавця найвагомішим критерієм оцінки конкурентоспроможності є кількість років трудової діяльності, компетентність фахівця та ступінь відпрацьованості та розвиненості практичних навичок. У стандартній ситуації коефіцієнт пріоритетності цих критеріїв буде найвищим. Найменше значення для конкурентоспроможності має критерій, соціальний статус та статевовікова структура населення, що свідчить про найнижче значення коефіцієнту для цих характеристик.

Однак, наприклад, в ситуації оцінки конкурентоспроможності молодого фахівця (випускника навчального закладу), що немає досвіду роботи, пріоритетність критеріїв буде змінюватись. У цьому випадку ключовим критерієм конкурентоспроможності буде глибина теоретичних знань, наявність унікальних знань, вмінь і навичок, середня тривалість періоду навчання та рівень освіти. Отже, значення коефіцієнту пріоритетності для цих характеристик буде найвищим.

У технологічному плані концептуальні основи формування та розвитку конкурентоспроможного фахівця треба розглядати в контексті ідеології людиноцентризму. Мова йде про те, що конкурентоспроможність є двоїсте явище. З одного боку, конкурентоспроможній працівник повинен відповідати вимогам роботодавця (на ринку праці) щодо професійної компетентності, здоров'я, творчих здібностей та ін., з іншого - такий фахівець повинен самореалізуватися в сфері трудової діяльності. Не має сумніву, що базою такої двоїстості є не що інше, як адекватність працівника займаній посаді, тобто, відповідності професійно-особистісних якостей працівника тим функціям, які він виконує. Це ключова складова самореалізації фахівця в трудовій діяльності (для повної самореалізації потрібна ще достойна винагорода за працю, добрий мікроклімат у колективі, відповідно умови кращі).

Вагому роль у системі критеріїв оцінки конкурентоспроможності фахівця посідає відокремлена від складових компонента - вартість послуг праці. Розмір

заробітної платні, структура соціального пакету, яку бажає отримати фахівець, все це безпосередньо впливає на затребуваність фахівця. Споживач бажає отримати робітника, що найбільш відповідає його уявленням, витрачаючи на його утримання мінімальну кількість коштів. Однак не дивлячись на це, ступінь впливу цього критерію на споживчу оцінку конкурентоспроможності є не великим у порівнянні з якісними характеристиками фахівця.

Немає сумніву, що конкуренція є головним координуючим, мотивуючим та організаційним механізмом ринкової економіки, в основу якої покладено суперництво між окремими суб'єктами ринкового господарювання за найкращі умови виробництва і реалізації товарів і послуг, можливість очолювати та утримувати ключові позиції на ринках (світовому, галузевому, державному, товарів і послуг, капіталу тощо). Конкурентоспроможність фахівця стає важливим об'єктом вивчення як економічних, так і педагогічних наук.

Питанням визначення конкурентної основи реалізації спроможності до праці приділяє увагу широке коло вітчизняних і закордонних науковців не тільки у сфері праці, а й маркетингу, педагогіки, управління, права та ін. Це підтверджує актуальність і міжгалузевість означеного питання і необхідність більш поглибленого вивчення сутності цього процесу.

Література:

1. Глевацька Н.М. Конкурентоспроможність робочої сили регіону: методологія та напрями забезпечення: Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. екон. наук: спец. 08.09.01 «Демографія, економіка праці, соціальна економіка та політика» Н.М.Глевацька.–Кіровоград: Кіровоградський національний технічний ун-т, 2006.– 23с.

2. Грішнова О.А. Освіта й професійна мобільність як чинник конкурентоздатності робочої сили /О.А. Грішнова// Україна: аспекти праці. – 1999. - №1. – с. 3-8

3. Сотникова С.И. Конкурентоспособность рынка труда: генезис социально-экономического содержания / С.И. Сотникова// Человек и труд. – М.: НП Редакция «Человек и труд», 2007. - №3. – с. 52-55

4. Семикіна М.В. Конкурентоспроможність працівника та ціна робочої сили на ринку праці /М.В. Семикіна// Україна: аспекти праці. - 1999. - №6. – с. 8-11.

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЕ КОНКУРЕНТНОСПОСОБНОСТИ СПЕЦИАЛИСТА

Резюме. В статье изложены основные составляющие, которые формируют конкурентные преимущества специалиста и дают возможность быть конкурентоспособным в своей профессии.

Ключевые слова: профессиональная ориентация, специалист, профессиональная деятельность.

CONCEPTUAL BASES OF FORMATION AND DEVELOPMENT COMPETITIVE SPECIALISTS

Gomozova E.A.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This article outlines the main components that form a competitive advantage and

enable the specialist to be competitive in their profession.

Key words: vocational guidance, expert, professional activity.

УДК 378.148-49:616-097-036.1

НАЛЕЖНІ ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ

Гомозова О.А.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.

Резюме. У статті представлені нові підходи до рівня мотивації навчання студентів вищої медичної школи, основною ланкою якого є психологічна та професійна підготовленість викладача.

Ключові слова: педагогічни умови, мотивація навчального процесу, педагогічни здібності.

Педагогічне спілкування, яким керує викладач, характеризується можливістю прогнозування реакції суб’єкта навчання, ідентифікацією під час кодування та декодування інформації, що надається. Коли вчитель враховує мотиваційну сферу учня, це дає змогу уникнути розбіжностей у комунікативній діяльності, розбіжності змістового та формального боків у комунікативному процесі. Оптимальне педагогічне спілкування створює найкращі умови для розвитку мотивації студентів, творчого характеру навчальної діяльності, забезпечує сприятливий емоційний клімат.

Методичне забезпечення процесу формування позитивного педагогічного клімату залежатиме від врахування найактуальніших, типових мотивів навчальної діяльності, до яких належить негативна мотивація, яка породжує дисонанси, педагогічний та емоційний дискомфорт, мотиви, що існують у самому навчальному процесі (залучення до нових знань, ліквідація незнання, оволодіння певним обсягом інформації, новими вміннями та навичками), мотиви, які перебувають за межами навчального процесу (соціальна мотивація). При гармонійному поєднанні внутрішньої, зовнішньої та загальної мотивації створюються умови для позитивного педагогічного клімату, емоційного комфорту, коли існують повне включення в процес навчальної діяльності, повна концентрація уваги на поданих фактах і на матеріалах, коли збігаються цілі, які ставить перед собою суб’єкт навчання, коли існує зворотній зв'язок між ними, коли студент виконує вимоги, які ставлять перед ним, коли виникає відчуття причетності до процесу творчості, успішності власної діяльності. Великого значення набувають уміння аналізувати та прогнозувати причини негативних чинників що порушують створення сприятливого педагогічного клімату, а також уміння запобігати їм. Значна кількість таких негативних явищ пов’язана з мотивацією навчання.

Потрібно готувати сучасну молодь до участі в розбудові суспільства, щоб запобігти депресій, пов’язаних з почуттям непристосованості до нового. Установка на нове як важливий компонент особистісної структури суб’єкта навчання розглядається як готовність до певної активності, реагування, дій, нових ставлень, нової інформації, її застосування та сприйняття.

Психологічний комфорт у процесі навчання залежатиме від того, як

складаються взаємини між викладачами в педагогічному колективі, студентами і керівництвом навчального закладу, між різними суб'єктами та об'єктами. Суб'єктами є ті, хто навчається, об'єктами – навчальні предмети, дисципліни, курси. Для узгодження стосунків на всіх ланках необхідно, щоб збігалися інтереси, наміри, мотиви різних суб'єктів, без чого неможливі семантичне закріплення, засвоєння знань. Розвиток спеціальних умінь і навичок спілкування позитивно впливає на ці процеси.

Поняття педагогічного клімату пов'язано з нейтралізацією негативних чинників і стимуляцією позитивних емоцій.

Позитивний педагогічний клімат – це своєрідна атмосфера, що створює емоційну захищеність і ситуацію успіху. Психологічний дискомфорт порушує цю атмосферу, призводить до появи численних негативних факторів. Основою причиною негативного ставлення студентів до викладачів є несправедливість, яка викликає образу, блокує активність студента бажання вчитися, вивчати предмет, що викладає несправедливий вчитель. Численні дослідження свідчать, що часто причиною негативних емоцій, дискомфорту під час навчання є не предмет , а вчитель, який його викладає. Тому, щоб створити сприятливий педагогічний клімат, потрібно шукати ефективні емоційні стимули, які викликають позитивні емоції.

Багато деструктивних чинників пов'язано з діяльністю викладачів: неефективні педагогічні тактики, методики, їхня неадекватність інтересам, можливостям, установкам, намірам, потребам суєта навчання, відсутність координації діяльності викладача і студента, в інформаційному, цільовому, змістовому аспектах;відсутність мобільності в перебудові засобів навчання, методики викладання з урахуванням мотиваційної сфери студента; відсутність постійного оновлення інформації, що надається, її недостатні системність, послідовність, емоційна забарвленість під час викладання; недооцінювання навчальних можливостей суб'єкта навчання, невміння і небажання розвивати творчу активність обдарованих студентів, стимулювати їхню пізнавальну активність, керувати самостійною роботою студентів за допомогою спеціально розроблених алгоритмів і схем поетапного формування знань, розумових дій.

Оптимальне педагогічне спілкування передбачає високий рівень розвитку комунікативних умінь викладача, до яких належить уміння керувати власною поведінкою, адекватно моделювати особистість студента, стимулювати власні амбіції і бажання, які не співпадають бажанням інших, оптимально будувати своє мовлення в психологічному плані мовленнєвого спілкування, соціальної перцепції (читати за обличчями), гностичні вміння, пов'язані з оперуванням інформацією, спостереженням, переключенням на інші дії. Реальне педагогічне спілкування – це складне і внутрішньо суперечливе переплетення перцептивних, комунікативних, інтерактивних компонентів, суб'єкт – об'єктивної та суб'єкт – суб'єктивної форм, спілкування репродуктивного й продуктивного, глибинного, особистісного й поверхневого, де персоналізованого тощо.

Широкого розповсюдження у навчальному процесі вищих навчальних закладів набули такі форми спільної діяльності викладача та студента, які

забезпечують активну взаємодію, співробітництво та партнерство. Це комплексні ділові ігри, моделювання професійної діяльності, громадські огляди знань. У психологічній літературі описані основні принципи (норми) міжгрупової взаємодії у групах соціально психологічного тренінгу. До їх числа відносяться: принцип спілкування «тут і тепер», принцип персоніфікації висловлювань, принцип акцентуалізації мови почуттів, принцип активності учасників групи, принцип довірчого характеру спілкування у групі, принцип конфіденційності.

У процесі педагогічного спілкування викладач є ініціатором, який стимулює та коригує діяльність студента, формує його як суєта навчання, обирає ефективні навчальні дії для керування процесом створення оптимального педагогічного клімату. Стандартні дії та рішення блокують цей процес. Уміння бачити, розуміти, знань індивідуальні особливості студентів позитивно впливають на продуктивність педагогічної діяльності вчителя. Конструктивна діяльність викеладача охоплює добір та організацію навчального матеріалу, що задовольняє пізнавальні потреби та інтереси студентів.

Педагогічні здібності, що забезпечують ефективну взаємодію, мають вирішальне значення під час побудови оптимального педагогічного клімату. Це,зокрема, проектування можливих ефективних засобів подання інформації на основі передбачення можливих наслідків її сприйняття, проектування власної виконавчої діяльності, підведення студентів до висновків, які можна зробити після подачі матеріалу, заохочення у закріпленні продуктивних дій, узагальнення ефективних засобів впливу на студентів, виявлення позитивних і негативних якостей власної діяльності на основі аналізу ефективності своїх зусиль.

Викладач і студенти – це суб’єкти взаємодії в процесі становлення оптимального педагогічного клімату.

Література

1. Грабовська Т.О., Демчук В.С., Левченко Т.І., СнісаренкоО.С., Спіцин Е.С., Ставскі С. Науково-методичні проблеми формування оптимального педагогічного клімату в колективі /Т.О. Грабовська, В.С. Демчук, Т.І. Левченко, О.С. Снісаренко, Е.С. Спіцин, С. Ставскі. – К.: Видавниче підприємство «Перше вересня», 2000.

2. Забороцький М.М., Максименко С.Д. Педагогічне спілкування та його діагностика// Проблеми розвиваючого навчання / М.М. Заброцький, С.Д. Максименко.- К., 1999.

3. Леонтьев А.А. Педагогическое общение // Новое в жизни, науке, технике. Сер. «Педагогика и психология».- № 1/ А.А. Леонтьев.-М., 1999.

НАДЛЕЖАЩИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ

Резюме. В статье изложен новый подход к уровню мотивации обучения у студентов высшей медицинской школы, основным звеном которого является психологическая и профессиональная подготовленность преподавателя.

Ключевые слова: педагогические условия, мотивация учебного процесса,

педагогические способности.

ADEQUATE PEDAGOGICAL CONDITIONS DURING TRAINING STUDENTS

Gomozova E.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This article describes a new approach to the level of learning motivation of students of higher medical education, the main element of which is psychological and professional training of the lecturer.

Key words: pedagogical terms, motivation learning process, teaching ability.

УДК 378.147:616.1

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЦИКЛА «КАРДИОЛОГИЯ» СТУДЕНТАМИ 6 КУРСА

Грона Н.В., Мягкова Т.В., Красеха-Денисова В.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье изложены основные подходы преподавания кардиологии студентам в высших учебных заведениях, отражены общие задачи обучения, а также практический опыт сотрудников кафедры внутренней медицины №2, на которой преподается цикл «Кардиология» для студентов 6 курса всех факультетов.

Ключевые слова: подходы преподавания, сердечно-сосудистые заболевания, кардиология, инновационные технологии в сфере образования.

Чтобы не говорили великие исследователи, но кардиология переживает сложный период своего развития. Неоспоримы её успехи и достижения, обусловленные более детальным выяснением причин и механизмов развития сердечно-сосудистых заболеваний, созданием инновационных как неинвазивных, так и инвазивных высоко информативных методов диагностики и разработки рекомендаций по лечению и профилактике. Однако, нередко около постели кардиологического больного оказываются врачи, не только лишённые в силу своих характерологических особенностей аналитического мышления, но также плохо ориентирующиеся в симптоматике патологического процесса, что наиболее актуально при развитии неотложного угрожающего жизни состояния, результатах лабораторных и инструментальных методов обследования и, наконец, теряющиеся в огромном потоке информации о лекарственных средствах для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Вот почему сегодня важнейшей задачей является формирование врача (не обязательно кардиолога) не только с обширными знаниями о современных подходах к диагностике и лечению, но и с широким медицинским кругозором.

На 6 курсе лечебных факультетов на освоение вопросов кардиологии отведено 104 часа или 16 рабочих дней. Известно что для овладения каким-либо предметом важны внутренняя мотивация обучаемого и искусство преподавателя. Существует неоспоримая триада: преподаватель – предмет – студент. Если искусство преподавателя осталось, по крайней мере, на прежнем уровне, то внутренняя мотивация студентов резко изменилась и не в лучшую сторону. Большинство студентов считают, что они никогда не будут работать кардиологами, терапевтами и, тем более, врачами «общей практики – семейной

медицины», хотя реформы в высшем медицинском образовании направлены именно на достижение этой цели. Поэтому внутренняя мотивация у большинства студентов для овладения кардиологией, как терапевтической дисциплиной, минимальна. Тем не менее, на кафедре принимаются все меры для повышения качества преподавания. Перерабатываются план и программа по кардиологии, методические указания для студентов и преподавателей. Подготовлены в распечатанном и электронном виде тестовые задания по всем разделам для обучения и самоконтроля в соответствии с тематическим планом цикла «Кардиология», взятые из базы данных «Крок 2», а также программы для текущего и заключительного контроля знаний студентов.

Несмотря на внедрение инновационных методик, на кафедре большое внимание уделяется обучению студентов «у постели больного» как самостоятельно, так и совместно с преподавателем с последующим клиническим разбором. Во время ежедневной курации профильных больных оттачиваются практические навыки объективного обследования больного и составление плана дальнейшего ведения пациента в соответствии с выставленным диагнозом.

В процессе обучения студенты участвуют в проведении ряда медицинских манипуляций: самостоятельно записывают и затем расшифровывают электрокардиограммы, присутствуют при проведении велоэргометрии, электрической кардиоверсии при фибрилляции-трепетании предсердий, в блоке интенсивной терапии неоднократно наблюдают за оказанием неотложной помощи больным с инфарктом миокарда, отеком легких, нарушениями ритма и проводимости.

Большое внимание уделяется современным диагностическим и лечебным технологиям. Студенты знакомятся с показаниями для проведения чрезкожного коронарного вмешательства (коронароангиовентрикулографии и последующим стентированием) и аорто-коронарного шунтирования, постановки временного и постоянного искусственного водителя ритма, кардиовертора-дефибриллятора.

На каждом занятии разбираются диагностические и лечебные алгоритмы оказания помощи больным при неотложных ситуациях в кардиологии (гипертонические кризы, инфаркт миокарда, отек легких, кардиогенный шок, пароксизмальные тахикардии, нарушения проводимости сердца), группы препаратов с принципами их назначения, учитывая показания, противопоказания и побочные эффекты.

При проведении практических занятий широко используются обучающие видеоматериалы по методикам объективного обследования кардиологического больного (измерение артериального давления, свойств пульса и др.), по неотложной кардиологии (проведение сердечно-легочной реанимации, дефибрилляции и др.), функциональной диагностике (запись электрокардиограммы), технике выполнения малоинвазивных диагностических и лечебных манипуляций (проведение чрезпищеводной кардиостимуляции, электрической кардиоверсии, коронароангиовентрикулографии и др.).

Так как не всегда возможно подобрать больных по теме занятия (пациентов с инфекционным эндокардитом, врожденными пороками сердца у

взрослых, поражением перикарда, некоторыми видами кардиомиопатий) используются электронные наглядные пособия, включая данные клинического и дополнительного лабораторно-инструментального обследования (биохимические анализы крови, липидограммы, электрокардиограммы, рентгенограммы, ангиограммы, компьютерные томограммы, результаты эхокардиографического исследования и т.д.).

В начале цикла проводится тестовый контроль исходного уровня знаний, как правило, более половины испытуемых получают неудовлетворительные оценки. После тестирования студенты получают вопросы в распечатанном или электронном виде для дальнейшей самостоятельной подготовки. В последний день цикла проводится заключительный тестовый контроль. После теоретической аудиторной и самостоятельной подготовки с использованием электронных носителей большинство студентов сдают его на положительную оценку.

Для лучшего усвоения материала и овладения необходимыми умениями и навыками на занятиях цикла кардиология проводится ежедневный и рубежный контроль с использованием тестовых заданий, а также оценка практических навыков, включающая клинический разбор пациента с сердечно-сосудистой патологией, проведение дифференциального диагноза, назначение плана обследования, трактовку результатов лабораторно-инструментальных исследований, составление схемы адекватного лечения больного с учетом утвержденных рекомендаций.

Кроме того, для контроля знаний студентов широко используются ситуационные задачи по неотложной кардиологии, наборы электрокардиограмм с различной, зачастую сочетанной, патологией. Для проверки остаточных знаний, полученных в процессе изучения цикла «Кардиология», студентам после распределения на несколько подгрупп, что создает некий стимул к соперничеству и азарт победы, предлагается решение тематического кроссворда.

Широко применяется метод ролевой деловой игры с имитацией реальной ситуации больной – врач-кардиолог. На занятиях моделируются ситуации, максимально приближенные к будущей профессиональной деятельности, например: тактика врача при остром коронарном синдроме (ОКС) на догоспитальном этапе, тактика врача при ОКС на госпитальном этапе, купирование болевого синдрома, криза и т.д. Рассматриваются стандарты диагностики и лечения в конкретных ситуациях: составить алгоритм диагностики при наличии у больного на исходной ЭКГ признаков ишемии, когда он должен исключить ишемию, связанную с позицией сердца, при этом используя знания, полученные на предыдущих курсах.

Помимо профессиональных знаний, которые студент получает из разнообразных источников (учебники, учебные пособия, лекционный материал, монографии, интернет и т.д.), он использует знания, умения и навыки, которые он приобретает, работая у постели больного, участвуя в клинических разборах, консилиумах, клинических и клинико-патологанатомических конференциях. Будущий специалист должен четко ориентироваться в конкретной ситуации,

когда он окажется один на один с больным и именно от его тактики, выбора решения будет зависеть судьба больного. Безусловно, изучение множества учебной и научной литературы – важное условие формирования будущего специалиста. Однако куда более важным является их умелое применение на практике.

Инновационные методы обучения позволяют формировать опыт творческой и инновационной деятельности студентов, который, в конечном счете, влияет на компетентность будущего специалиста. Использование традиционных и новых инновационных методов и форм обучения, которые дополняют друг друга, способствует повышению качества и эффективности образования. Акцент именно на активные методы обучения, личностно-компетентностный подход помогают формировать опыт поиска решений в разнообразных, нестандартных ситуациях, готовят к работе в будущем. Позволяют студентам по-настоящему «прожить» учебный процесс, научить его думать, оценивать, принимать решения и нести за них ответственность, а также работать в постоянно меняющихся условиях, поскольку знание, прожитое студентом, становится личностно-значимым и лучше запоминается.

Резюме. У статті викладені основні підходи викладання кардіології студентам у вищих навчальних закладах, відображені загальні завдання навчання, а також практичний досвід співробітників кафедри внутрішньої медицини №2, на якій викладається цикл "Кардіологія" для студентів 6 курсу усіх факультетів.

Ключові слова: підходи викладання, серцево-судинні захворювання, кардіологія, інноваційні технології у сфері освіти.

INNOVATION APPROACHES AT “CARDIOLOGY” STUDYING BY 6 COURSE STUDENTS

Grona N.V., Mygkova T.V., Krasecha-Denisova V.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The article describes the basic approaches of cardiology teaching for high school students, the general tasks of education, and practical experience of members of the internal medicine department №2, who introduced a course "Cardiology" for 6 course students of all faculties.

Key words: approaches of teaching, cardiovascular diseases, cardiology, innovation technologies in the educational field.

УДК 61.378.147.88

ОСОБОВО-ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДЛЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

Данькина І.А., Джеломанова С.О., Данькина В.В., Галалу С.І.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Резюме. У цій статті розглядається особово-диференційований підхід до планування і організації позааудиторної самостійної роботи студентів. Цей механізм є ефективним чинником залучення що навчаються в активну учбову діяльність, стимулом зростання професійних інтересів майбутніх молодих фахівців.

Ключові слова: студенти, учбовий процес, особово-диференційований підхід.

У сучасній вищій школі учбовий процес все більше набуває характеру

самостійного учбового процесу студентів, організовуваного і керованого викладачем на основі новітніх методів і засобів навчання [1]. В зв'язку з цим разом з вдосконаленням методики викладання найважливішими завданнями вищих учбових закладів є планування, раціональна організація і контроль самостійної роботи студентів, її подальша активізація. У практиці навчання і методичних розробках існують різні підходи до розвитку самостійності і активності студентів. Один з таких підходів зводить самостійність студента до слухання роз'яснень викладача на зайнятті, виконанню завдань з використанням способів, вказаних педагогом. Цей підхід не сприяє максимальному розвитку активності, самостійності і творчості студента. Інший підхід полягає в такій організації навчання, при якій викладач розкриває на зайнятті тільки вузлові питання програми, а усе інше виноситься на самостійне вивчення студентами. Це призводить до значних труднощів, оскільки при засвоєнні великого об'єму теоретичної і практичної інформації не враховуються фізіологічні і психологічні особливості і можливості учнів, не враховуються реальні витрати часу на вивчення того або іншого матеріалу. Третій підхід характеризується тим, що активність і самостійність студента розвиваються, передусім, шляхом організації його розумової, пошукової і творчої діяльності на лекціях, семінарських, лабораторних, практичних і, найголовніше, - обов'язковому позааудиторних зайнятті. Саме цей підхід, на наш погляд являється найбільш переважним при організації учбового процесу в системі вищої професійної освіти [2]. Роль самостійної роботи у формуванні сучасного висококваліфікованого фахівця виключно велика. Адже саме в процесі індивідуального самостійного зайняття виховуються найважливіші якості особи, розвиваються знання, уміння, навички, здібності до творчого вивчення питань науки і техніки, критичність розуму, уміння орієнтуватися в нестримно зростаючому потоці наукової інформації. Проте, як показують теоретичні і дослідно-експериментальні дослідження, можливості і потенціал самостійної роботи студентів використовуються не в належній мірі. На практиці при плануванні і організації позааудиторної самостійної роботи найчастіше не враховується, що не усі студенти мають однаковий рівень психологічної і практичної готовності до її виконання, йде орієнтація на так званого «середнього» студента. Тобто завдання даються для тих, що усіх, що навчаються незалежно від їх підготовки і мотиваційної готовності. Насправді ж для одних студентів завдання виявляються занадто складними, для інших - занадто простими і легкими. Це призводить до того, що для них такого роду робота стає нецікавою, а тому і непотрібною. На наш погляд, правомірним і ефективним підходом до організації позааудиторної самостійної роботи є особово-диференційований підхід, що припускає планування завдань різного рівня складності. Для студентів, які знаходяться на низькому рівні пізнавальної самостійності, передбачаються посильні завдання: вивчити самостійно те або інше питання, тему; виконати розрахунки по заданому алгоритму; виконати вказані завдання за цим зразком. Студентам, що знаходяться на середньому рівні розвитку самостійності, даються завдання наступного типу: підготовка рефератів, доповідей, повідомлень, оглядів бібліографічних джерел; робота з

першоджерелами. Студентам з розвиненими здібностями можна запропонувати наступні види самостійної роботи: виконання завдань і завдань підвищеного рівня складності;підготовку творчих робіт і проектів. Крім того, для стимулювання пізнавальних інтересів завдання і завдання для самостійної роботи повинні носити професійно-орієнтований характер, тобто мають бути пов'язані з майбутньою професією. У практичній роботі цей підхід використовується таким чином. У предметі «Акушерство і гінекологія» (для студентів IV курсу першого і другого медичних факультетів) при вивченні тим багато питань виділяються для самостійної роботи. При цьому враховується рівень пізнавальної самостійності. Для студентів з низьким рівнем її розвитку ставиться завдання вивчити якесь конкретне питання і підготуватися до виступу на семінарському зайнятті. Для студентів з середнім рівнем готовності до самостійної пізнавальної діяльності дається інше завдання: знайти якомога більше клінічних випадків по заданій темі, у тому числі, в різних бібліографічних джерелах. Студентам з високим рівнем розвитку пізнавальної самостійності необхідно виконати творче завдання, а саме: проілюструвати незвичайний клінічний випадок по вибраній темі і пояснити, що, із його точки зору, в даному випадку лікар зробив правильно, а що - ні. І обов'язково мотивувати цю відповідь, ґрунтуючись на теоретичних знаннях. Пропоновані студентам завдання безпосередньо пов'язані з їх майбутньою професійною діяльністю, а тому викликають у них інтерес і активізують самостійну діяльність. Як показує практика, особово-диференційований підхід до планування і організації позааудиторної самостійної роботи студентів є ефективним чинником залучення що навчаються в активну учбову діяльність, стимулом зростання професійних інтересів майбутніх молодих фахівців.

Література:

1. Головко Л.В. Активизация самостоятельной работы студента во время практических и лекционных занятий. // Образование и управление. – 2010. - №3. - С. 170 - 175.

2. Алексюк А.М. Педагогіка вищої освіти України. Історія. Теорія. - Видавництво «Либідь» при Київському університеті. – 2011. – 560 с.

ЛИЧНОСТНО-ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Резюме. В данной статье рассматривается личностно-дифференцированный подход к планированию и организации внеаудиторной самостоятельной работы студентов. Данный механизм является эффективным фактором вовлечения обучающихся в активную учебную деятельность, стимулом роста профессиональных интересов будущих молодых специалистов.

Ключевые слова: студенты, учебный процесс, личностно-дифференцированный подход.

PERSONALITY-DIFFERENTIATED APPROACH FOR ORGANIZATIONS OF INDEPENDENT WORK OF STUDENTS

I.A. Dankyna, S.A. Dzhelomanova, V.V. Dankyna, S.I. Galaly

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. In this article the personality-differentiated going is examined near planning and organization of extracurricular independent work of students. This mechanism is the effective factor

of involving student in active educational activity, by the stimulus of height of professional interests of future young specialists.

Keywords: students, educational process, personality-differentiated approach.

УДК618:378.146/.147

СУЧАСНІ МЕТОДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ

Джеломанова С.О., Чурілов А.В., Данькина І.А., Клєцова М.І.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. У роботі висвітлена організація навчання студентів з використанням комп'ютерних технологій, самостійної роботи студентів.

Ключові слова: навчання, акушерство і гінекологія

В останній час багато уваги приділяється питанням організації та підвищення якості навчання. Організація навчально-методичної роботи на кафедрі акушерства та гінекології спрямована на забезпечення високого професійного рівня підготовки фахівців, їх належну теоретичну і практичну підготовку. Для розширення форм і методів навчання і контролю знань на кафедрі впроваджуються нові освітні та інформаційні технології. У роботі використовуються: візуальні засоби навчання (таблиці, слайди), мультимедійні та аудіо-візуальні засоби. Для активізації творчого мислення студентів на лекціях і практичних заняттях використовуються інтерактивні методи навчання - рольові ігри, диспути. Контроль знань на практичних заняттях здійснюється рішенням ситуаційних завдань, усним опитуванням, курацією вагітних, породіль та гінекологічних хворих, програмованим тестовим контролем.

Співробітниками кафедри впроваджена і наповнюється база системи управління навчанням Moodle (модульна об'єктно-орієнтована динамічна навчальна середа), яка являє собою вільний (розповсюджується за ліцензією GNU GPL) веб-додаток, що надає можливість створювати ресурси для онлайн-навчання. Moodle дає можливість проектувати , створювати і надалі управляти ресурсами інформаційно-освітнього середовища: вставляти тестові завдання, методичні вказівки, навчальні посібники з елементами таблиць, відеофільми з алгоритмом виконання практичних навичок.

Доступ до системи авторизований для студентів 4-6 курсів усіх факультетів, що проходять навчання на кафедрі з будь-якого пристрою (ноутбука, планшета, мобільного телефону) оснащеного WI - FI. За тематичним планом практичних занять викладач проводить тестування студентів, з оцінюванням і одночасним розбором неправильних відповідей, що значно прискорює і полегшує оцінювання знань студентів. Використання комп'ютерного тестування в комплексі з традиційними методами навчання служить вдосконаленню викладання, підвищує пізнавальну активність студента в процесі освоєння ним матеріалу, збільшує обсяг самостійної роботи та забезпечує постійний контроль отриманих знань. Пріоритетом у сфері навчання є видання підручників і навчальних посібників, у тому числі і в електронному

вигляді. У комп'ютерній навчальній програмі інформація представляється у вигляді зорових образів, моделей, що значно покращує якість не тільки теоретичної, але й практичної підготовки студента. Також реалізована HD відеотрансляція в навчальні кімнати з операційних клініки в on - line режимі безпосередньо операційного поля, що дозволяє деталізувати, вивчати і детально проаналізувати більшість оперативних втручань. Протягом навчального року здійснюються контрольні відвідування занять завідувачем кафедрою і взаємні відвідування занять викладачами кафедри згідно з графіком. На засіданнях кафедри розглядаються результати контролю та взаємовідвідуваннь занять, методики проведення практичних занять, питання вдосконалення методичної майстерності викладачів для поліпшення якості навчання і виховання студентів.

Виробленню у майбутнього лікаря навичок самостійної практичної діяльності сприяє правильно організована самостійна робота студента при ненав'язливому, але постійному контролі викладача під час курації вагітних, породіль у пологовому відділенні і хворих у гінекологічному відділенні. У процесі огляду і обстеження студенти відпрацьовують навички зовнішнього акушерського дослідження пацієнтки. Після збору скарг, анамнезу, огляду студент формулює попередній діагноз і обґрунтовує тактику ведення жінки, питання профілактики, прогнозу і реабілітації. Самостійна робота студентів також здійснюється при написанні історії пологів, історії хвороби, рефератів, при підготовці наукових доповідей, мультимедійних презентацій. На кафедрі розміщені тренажери для корекції рівня практичної підготовки випускників.

Отже, покращення професійної підготовки спеціалістів у вищій школі вимагає комплексного підходу, а саме: модернізації матеріально-технічної бази, приведення у відповідність попиту на спеціалістів-випускників вищих навчальних закладів, створення умов для підготовки висококваліфікованих спеціалістів.

Литература:

1.Волосовець О.П., Вітенко І.С. Зміст і форми організації самостійної роботи студента у вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації //Медична освіта – 2004. - №1. – С.5-8.

2. Пахотин К.К. Высшая школа – некоторые избранные проблемы: монография. – Умань: Візаві, 2007. – 269с.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Резюме. В работе освещена организация обучения студентов с использованием компьютерных технологий, самостоятельной работы студентов.

Ключевые слова: обучение, акушерство и гинекология

MODERN METHODS OF EDUCATIONAL PROCESS
AT THE DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Dzhelomanova S.A., Churilov A.V., Dankina I. A., Klezova M. I.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The paper highlighted the organization of student learning using computer technology, independent work.

Key words: teaching, obstetrics and gynecology

УДК 618:378.147.88

ПРО САМОСТІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №1

Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Тутов С.М., Ольшевська О.В.
Донецький національний медичний університет ім.М.Горького

Резюме. Організація самостійної роботи студента багатоскладова проблема яка вимагає постійного динамічного осмислення і корекції шляхом методологічного забезпечення її видів і тематичного наповнення. У статті представлений досвід роботи з цього питання колективу кафедри акушерства і гінекології.

Ключові слова: самостійна робота, безперервна освіта, види самостійної роботи

Сучасні світові тенденції розвитку освіти і входження України у Болонський процес досконало ясно і виразно проявили самоцінність ідеї безперервної освіти, необхідність принципової зміни організації освітнього процесу і зміну вектору в навчанні з класичного викладання на самостійну діяльність. Проте, слід розуміти, що навчання - це не самоосвіта індивіда за власним розсудом, а систематична, керована викладачем самостійна діяльність. Тому пропорціональність між аудиторним і позааудиторним зайняттями продовжує викликати пильну увагу педагогів до проблеми організації самостійної роботи студентів в цілому.

Враховуючи світовий, національний і внутрішньоуніверситетський досвід, на кафедрі акушерства і гінекології №1 Донецького національного медичного університету впроваджуються і використовуються практично усі види самостійної роботи студентів.

Це і самостійна робота під час основного аудиторного зайняття: лекцій - з елементами інтерактивності і елементами націлювання студентів на глибше самостійне вивчення ряду положень теми; практичного зайняття - самостійна курация хворих, вагітних, роділь і породіль, самостійне виконання ряду маніпуляцій, робота над історіями хвороби і пологів, написання тематичних рефератів у форматі національних протоколів і багато що інше.

Це і самостійна робота під контролем викладача у формі: планових консультацій з індивідуальним обговоренням студентів; мінітренінги при підготовці до державних іспитів з відпрацюванням практичних навичок на муляжах самостійно кожним студентом під контролем викладача; творчих контактів і участь в СНО з виконанням наукових досліджень під за участю педагога; заліків і іспитів.

Це і позааудиторна самостійна робота при виконанні студентом домашніх завдань учбового і творчого характеру. Для чого кафедральним колективом підготовлені і видані методичні рекомендації по дисципліні, збірка тестових завдань, збірка лекцій, мультимедійні лекції, навчальні фільми з практичних навичок, методичні рекомендації з практичних навичок з покроковим поясненням виконання маніпуляцій і багато що інше.

Зрозуміло, що самостійність перелічених вище видів робіт досить умовна, і в реальному освітньому процесі ці види природно перетинаються один з одним, проте, в незалежності від виду самостійної роботи форма її організації і

методичне забезпечення грають архіважливу роль.

В цілому ж, самостійна робота студентів під управлінням викладача є важливим педагогічним забезпеченням розвитку цільової готовності до професійної самоосвіти і є дидактичним засобом освітнього процесу, штучну педагогічну конструкцію організації і управління діяльністю тих, що навчаються.

Отже, структурно самостійну роботу студентів можна розділити на дві частини: організовувана викладачем і власне самостійна робота, яку студент організовує на власний розсуд, без безпосереднього контролю з боку викладача(підготовка до лекцій, практичного зайняття, залікам і тому подібне). Зміст організовуваної викладачем самостійної роботи студента може бути описаний в робочій програмі кожної дисципліни і спрямований на розширення і поглиблення знань як по курсу, а далі - і на засвоєння міждисциплінарних зв'язків, включаючи елективні курси. Час на її виконання не повинен перевищувати норми, відведеної учбовим планом на самостійну роботу з цієї дисципліни.

Таким чином, організація самостійної роботи студента в реальності багатоскладова проблема що вимагає як постійного динамічного осмислення і корекції шляхом методологічного забезпечення її видів і тематичного наповнення, так і часового чинника для її реалізації і контролю якості проведення.

О САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ № 1

Резюме. Организация самостоятельной работы студента в реальности многосложная проблема требующая постоянного динамического осмысления и коррекции путем методологического обеспечения ее видов и тематического наполнения. В статье представлен опыт работы по данному вопросу коллектива кафедры акушерства и гинекологии.

Ключевые слова: самостоятельная работа, непрерывное обучение, виды самостоятельной работы

ABOUT INDEPENDENT WORK OF STUDENTS ON DEPARTMENT OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY №1

Drupp Y., Podolyaka D., Tutov S., Olshevskaya E..
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Organization of independent work of student in reality a polysyllabic problem requiring a permanent dynamic comprehension and correction by the methodological providing of her kinds and thematic filling. Experience on this question of collective of department of obstetrics and gynaecology is presented in the article.

Keywords: independent work, continuous educating, types of independent wo

УДК 618:378.146/.147

СУЧАСНІ РЕАЛІЇ НАВЧАННЯ НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ

Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Тутов С.М., Ольшевська О.В.
Донецький національний медичний університет ім.М.Горького

Резюме. У статті представлений певний досвід роботи кафедри акушерства і гінекології в сучасних умовах з урахуванням євроінтеграційної течі у вищій школі нашої країни, з конкретизацією впроваджень та висловлюванням думок та побажань для

активізації процесів навчання.

Ключові слова: Болонська система, доказова медицина, національні протоколи.

Політика євроінтеграції і приєднання України до Болонської декларації поставила нові завдання перед усією вищою освітою в цілому. Підвищення якості підготовки медичних кадрів повинне будуватися на основі введення ефективної системи організації учбового процесу в цілому, на основі принципів доказової медицини, з урахуванням стандартів Всесвітньої федерації медичної освіти, стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу, загальнонаціональних клінічних протоколів і новітніх наукових розробок.

Донецький національний медичний університет ще з 2005 року почав впроваджувати систему підготовки фахівців з Болонської системи. На сьогодні успішно впроваджені і практично працюють ВООЗовські ефективні перинатальні технології, на основі науково-доказової медицини, лекції викладачів включають нові поняття і сучасні погляди на обговорювані проблеми, у тому числі і дані національних клінічних протоколів, в учбовий план введена і методично забезпечена підтема що до регламентуючих документів в акушерсько-гінекологічній практиці, роздані і успішно використовуються методичні рекомендації "Сучасні підходи до ведення фізіологічних пологів в умовах акушерської допомоги, орієнтованої на сім'ю", практичним навичкам, написання історії пологів і історії хвороби, видана збірка лекцій, створений відповідно до сучасних вимог і багато іншого. Передекзаменаційні консультації студентів 6 курсу проводяться у вигляді тренінгів в малих групах з відпрацюванням практичних навичок на муляжах.

Проте, виникають питання, які, на наш погляд, є загальнонаціональними і для успішного вирішення таких завдань перед вищою школою вимагають уваги з боку міністерства охорони здоров'я. Їх багато, це і продовження роботи із створення національних клінічних протоколів та їх удосконалення, складання нових учбових програм зі збільшенням кількості учбових годин по «Акушерству» і « Гінекології» (їх кількість за останні 10 років Програмі медичних «вищів» зменшилося). Необхідно, на загальнодержавному рівні, ініціювати створення нового єдиного уніфікованого підручника по акушерству на основі доказової медицини, з широким включенням матеріалів про нові перинатальні технології.

На регіональному рівні, вимагається прискорити впровадження в практичну медицину ефективних перинатальних технологій і національних клінічних протоколів. Цю проблему бачиться можна було б вирішити завдяки ширшому створенню університетських клінік і збільшення кількості баз кафедр.

Існуюча система підвищення кваліфікації самих викладачів також вимагає певної корекції.

Важливим аспектом організації і якісного ведення навчального процесу є необхідність зміцнення матеріально-технічної бази кафедр акушерства і гінекології, що вимагає державної підтримки.

Поза сумнівом, що багато піднятих проблем потрібно вирішувати

передусім на рівні колективу, проте є і такі які важко здолати без підтримки. Саме тому, їх озвучування іноді і допомагає їх подоланню, а іноді і пошуку альтернативних не менш ефективних заходів.

У нашій статті ми хотіли виразити свій погляд на існуючу проблематику і хотіли б знати думку наших колег, їх досвід і досягнення.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Резюме. В статье представлен определенный опыт работы кафедры акушерства и гинекологии в современных условиях с учетом евроинтеграционных течений в высшей школы нашей страны, с некоторой конкретизацией проводимых внедрений и высказыванием пожеланий для активизации процессов обучения.

Ключевые слова: Болонская система, доказательная медицина, национальные протоколы.

MODERN REALITIES OF EDUCATING ON КАФЕДРЕЕ OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

Drupp Y., Podolyaka D., Tutov S., Olshevskaya E..
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. In the article certain experience of department of obstetrics and gynaecology is presented in modern terms taking into account eurointegration flows in higher school of our country, with some specification of the conducted introductions and by expression wishes for activation of processes of educating.

Keywords: the Bolonska system, evidential medicine, national protocols.

УДК 378.147-057.875-054-68+811.541

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ СОДЕРЖАТЕЛЬНОГО МОДУЛЯ «ПОВРЕЖДЕНИЯ» СТУДЕНТАМ МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА С АНГЛИЙСКИМ ЯЗЫКОМ ОБУЧЕНИЯ.

Дядык Е.А., Брук Б.Б., Поляков К.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме: в работе выделены ключевые моменты преподавания содержательного модуля «Повреждения» в составе дисциплины «Патологическая анатомия» иностранным студентам с английским языком обучения.

Ключевые слова: патологическая анатомия, повреждения, английский язык, клиническое мышление.

В условиях глобализации и интеграции системы высшего образования Украины в европейскую посредством участия в Болонском процессе обновлённые условия деятельности требуют от преподавателей более высокого уровня преподавания предметов и дисциплин. Такие требования становятся ещё более актуальными в связи с тем, что с каждым годом увеличивается число студентов, обучающихся на английском языке. Ряд различий в подходах оценки и классификации некоторых патологических процессов и болезней за рубежом требуют усовершенствования и пересмотра методики преподавания базовых дисциплин, особенно патологической анатомии, с учётом этих особенностей и английского языка обучения.

«Повреждение наименьшей живой единицы человеческого тела – клетки – лежит в основе всех болезней» – концепция, выдвинутая и развиваемая Рудольфом Вирховым с XIX века, в настоящее время наилучшим образом отражает клинико-анатомическую направленность современной медицины в контексте понимания влияния клеточных и субклеточных изменений на функцию тканей, органов и организма в целом. По сей день этот постулат находит отражение в изучении патологической анатомии во всём мире, которое начинается с важнейшего раздела общей патологической анатомии, выделенного в отдельный содержательный модуль – «Повреждения».[3].

Данный раздел включает изучение дистрофий, некроза, апоптоза и атрофии. Как и для каждого в общей патологической анатомии, обсуждение данного раздела начинается с определения сущности процесса, классификации, основных причин развития повреждений и механизмов их развития. На первый взгляд, перечисление множества причин приводит к замешательству и мешает пониманию материала, поэтому необходима их группировка, которая позволяет в дальнейшем определить наличие патологического процесса, представленного в данном разделе, при разборе морфологической картины конкретного заболевания при изучении частной патологической анатомии. Для реализации этого студенты используют методические рекомендации, разработанные для самостоятельной подготовки согласно темам содержательного модуля, включающего три практических занятия.

Морфологические проявления каждого процесса рассматриваются в единой контекстной взаимосвязи макроскопических и микроскопических изменений и изучаются при описании макро- и микропрепаратов, микрофотографий и учебных таблиц. Приведенный наглядный материал в значительной степени влияет на понимание и восприятие материала; вспомним хотя бы старую поговорку: «Лучше один раз увидеть …».

Немаловажным моментом в усвоении морфологических проявлений является их демонстрация на так называемом «нативном» материале – распознавание и установление их при вскрытии умерших. Принимая во внимание тот момент, что в некоторых странах, из которых прибыли студенты, вскрытия тел умерших не проводятся, демонстрация, и анализ обнаруженных изменений, установление их причинно-следственной связи с другими проявлениями являют собой бесценный клинический опыт, который можно рассматривать, как для дальнейшего обучения, так и для последующей деятельности в качестве врача.

Исходя из многолетнего опыта преподавания патологической анатомии вообще и данного раздела в частности, можно сделать вывод о том, что значительные затруднения у студентов вызывает процесс описания макро- и микроскопических изменений, сравнение их с нормальной структурой органов и тканей. В связи с этим, на вводном занятии студентам предлагается записать и использовать в дальнейшем общую схему описания макропрепарата. Эта схема позволяет унифицировать описание, облегчив запоминание и сравнение патологических процессов. Что же касается описания микропрепаратов, здесь предоставляется некая «свобода творчества», т.е., после указания органа и

метода окраски, необходимо описать структурные изменения, обнаруженные в предложенном микропрепарате, или, другими словами, отличия от нормальной структуры ткани и клеток данного органа. Как показывает опыт, в этом помогают т.н. «поэтические» названия некоторых из них, коротко и ёмко характеризующие увиденную картину, но при этом не стоит забывать, что не следует сравнивать цвет, размер, форму и другие характеристики с фруктами, явлениями природы, монетами и т.п., превращая, таким образом, описание в некий фантастический рассказ. Следует использовать чёткие и понятные всем физические характеристики.

Несомненно, для того, чтобы выявить изменения, необходимо знать нормальное макро- и микроскопическое строение, основы физиологии и принципы функционирования органов, тканей и уметь применить полученные на предыдущих курсах и кафедрах знания и умения. Знание же принципов функционирования позволяет предвидеть клинико-функциональные изменения, основанные на морфологических проявлениях, которые находят отражение в жалобах, клинических и лабораторных данных, получаемых при обследовании больных, что опять же способствует формированию клинического мышления.

Следует отметить и некоторые особенности рассмотрения данного раздела с иностранными студентами, обучающимися на английском языке. Отечественная литература относит указанные процессы к разделу «Повреждения», поскольку при каждом из указанных состояний наряду со структурными изменениями наблюдается снижение функции поражённой ткани или органа; обратимость же рассматривается отдельно для каждого процесса – рассматривается значение процесса для целостного организма. В зарубежной литературе изначально определяют указанные процессы как приспособительные, т.е. рассматривает структурные изменения с позиции реагирования клетки на влияние различных факторов, подразделяя их на обратимые и необратимые [1, 2, 3, 4].

Также в процессе изучения материала следует уделить особое внимание номенклатуре. В этой связи можно считать неприемлемым простой перевод терминологии на английский язык, а, напротив, обязательно применять установившиеся английские названия процессов, структур, изменений и пр. [2, 3].

Исходя из всего вышеизложенного, в процессе преподавания первого содержательного модуля патологической анатомии «Повреждения» иностранным студентам, обучающимся на английском языке, необходимо учитывать некоторую разницу в подходах к изучаемым процессам отечественных и зарубежных учёных, особенности номенклатуры, терминологии, уделяя особое внимание наглядным пособиям и сохранению преемственности дисциплин, формируя и развивая клиническое мышление.

Литература:

1. Сорокіна, І. В. Патологічна анатомія: Підручник [Текст] / І. В. Сорокіна, А. Ф. Яковцова. – Харків : Факт, 2004. – С. 18–89, 188–190.

2. Robbins and Cotran pathologic basis of disease, 7th ed. [Text] / / [edited by] Vinay Kumar, Abul K. Abbas, Nelson Fausto etc; with illustrations by

James A. Perkins. – ELSEVIER SAUNDERS, 2005. International Edition ISBN 0-8089-2302-1. – P. 5–46.

3. Rubin, Emanuel. Essentials of Rubin's Pathology, 6th Edition [Text] / / [editors] Emanuel Rubin, Reisner, Howard M. – Lippincott Williams & Wilkins, 2013. ISBN 978-1-4511-1023-4 – P. 1–24.

4. Zagorulko, A. K. Short lectures on Pathology (Pathological Anatomy) [Text] / A. K. Zagorulko. – Simferopol, 2002. – P.7–33, 66–67.

Резюме: в роботі виділені ключові моменти викладання змістовного модуля «Пошкодження» у складі дисципліни «Патологічна анатомія» іноземним студентам з англійською мовою навчання.

Ключові слова: патологічна анатомія, пошкодження, англійська мова, клінічне мислення.

TEACHING'S FEATURES OF CONTENT MODULE "ALTERATIONS" TO INTERNATIONAL MEDICAL FACULTY'S STUDENTS IN ENGLISH

Dyadyk O.O., Bruk B.B., Poliakov K.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. key moments of teaching during content module "Alterations" as the part of discipline "Pathological anatomy" to foreign students in English were marked out in the article.

Key words: pathological anatomy, alterations, English, clinical thinking.

УДК 378.382+616.31-002:58.825.11]-036.11-053.2+378.6.147:616.31-051

ДЕЛОВАЯ ИГРА «ОСТРЫЙ ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ СТОМАТИТ У ДЕТЕЙ» И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ

Ермакова И. Д., Дегтяренко Е. В., Забышный А. А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье освещен вопрос высокой педагогической ценности деловой игры. Разработан и внедрен в практику сценарий ролевой деловой игры «Острый герпетический стоматит у детей». На примере данной игры доказана позитивная роль этой формы обучения в формировании профессиональной компетентности будущих врачей-стоматологов.

Ключевые слова: деловая игра, острый герпетический стоматит, педагогика.

Современной тенденцией развития высшего образования является активное внедрение деловых игр как одной из форм обучения в учебный процесс. Деловая игра является формой воссоздания содержательной и социальной сторон будущей профессиональной деятельности специалиста. Она способствует моделированию той системы отношений, которая характерна для этой деятельности, моделированию профессиональных проблем, реальных противоречий и затруднений, испытываемых в типичных профессиональных проблемных ситуациях [1, 2]. Для деловых игр характерно наличие действующих лиц (участников и ведущих), распределение ролей, возможность оценить последствия принимаемых решений, определенные правила и сценарий игры, жизненность и типичность ситуаций, рассматриваемых в ходе игры, регулярное повторение задач и процедур, составляющих сущность игры, конфликтность и необходимость принятия решений в условиях

неопределенности (в ситуации риска или противодействия) [3]. Педагогическая ценность деловой игры в формировании профессиональной компетентности будущих выпускников бесспорна. Игра способна решить ряд серьезных задач по развитию личности специалиста. При этом обучаемые усваивают знания, умения в контексте профессии, приобретают профессиональные и социальные навыки – навыки взаимодействия в коллективе медперсонала, профессионального общения и управления людьми. Серьезная деятельность реализуется в игровой форме, что позволяет обучаемым интеллектуально и эмоционально раскрепоститься, проявить творческую инициативу [4]. В ролевых играх отрабатывается тактика поведения, содержание и последовательность действий, выполнение функциональных обязанностей конкретного специалиста, руководителя и т. п. Поэтому актуальной задачей педагогики высшей школы является разработка и внедрение конкретных сценариев ролевых деловых игр соответственно теме занятия в учебном плане.

Цель нашей работы: разработать и внедрить сценарий ролевой деловой игры для студентов 5 курса стоматологического факультета, обучающихся на кафедре стоматологии детского возраста, к занятию по теме «Вирусные заболевания слизистой оболочки полости рта у детей (острый герпетический стоматит, рецидивирующий герпетический стоматит, герпетическая ангина)». Нами был разработан сценарий ролевой деловой игры «Острый герпетический стоматит (ОГС) у детей». Обоснованием выбора темы игры послужил тот факт, что среди патологии слизистой оболочки полости рта у детей это заболевание является одним из лидирующих, в связи, с чем каждый студент, с нашей точки зрения, должен максимально глубоко изучить эту проблему.

Нами предлагается сценарий, рассчитанный на 5 действующих лиц (таково среднее количество студентов в подгруппе). Наименование ролей: «родитель», «врач-стоматолог», «вирусолог», «врач-лаборант», «специалист по дифференциальной диагностике». Считаем целесообразным предложить участникам ролевой деловой игры самостоятельно, во время независимой жеребьевки выбрать себе роль. Для этого понадобятся предварительно заготовленные карточки с названием ролей. Каждому участнику до начала самой игры предоставляют дополнительный информационный материал для подготовки, а также демонстрационный материал для иллюстрации и наглядности процесса. «Родителю» предоставляются фотографии ребенка с герпетическим стоматитом: лицо ребенка, фотография слизистой полости рта ребенка. Используя иллюстративный материал, задача родителя сформулировать жалобы и анамнез «своего» ребенка. «Врачу-стоматологу» предоставляется стоматологический лоток с инструментарием, а также лекарственные препараты, которые врач будет рекомендовать пациенту. Задача «врача-стоматолога» собрать жалобы и анамнез жизни и заболевания у родителя обратившегося к нему ребенка. Затем, опираясь на фотографии ребенка, находящиеся у «родителя», описать данные объективного осмотра. После осмотра «врачом-стоматологом» в игру включается «врач-лаборант». Он предварительно получает фотографии, схемы и таблицы, иллюстрирующие дополнительные методы исследования, которые можно применить в

современных условиях для подтверждения предварительного диагноза ОГС. Например, фотографию гигантских многоядерных клеток, которые выявляются при цитологическом исследовании; схемы, иллюстрирующие метод полимеразной цепной реакции, иммунофлюоресцентный метод. Предоставляется таблица, дающая понимание динамики изменения титра антител в крови к вирусу простого герпеса и др. Задача «врача-лаборанта» описать современные методики диагностики герпетической инфекции остальным участникам ролевой игры. Затем в деловую игру вступает «врач-вирусолог». Его задача – дать характеристику возбудителя ОГС, информировать учащихся о путях передачи, патогенезе герпетической инфекции. Наконец в игру включается игрок – специалист по дифференциальной диагностике. Он должен определить перечень заболеваний схожих с изучаемым, в процессе игры, в нашем случае с ОГС, например, с многоформной экссудативной эритемой (МЭЭ), герпетической ангиной (ГА) и др., определить ведущие отличительные признаки. На данном этапе в ролевую деловую игру могут включиться все игроки. Каждый из них со своей ролевой позиции описывает общие и отличительные признаки ОГС с МЭЭ, ГА и др. К примеру, «родитель», включаясь в игру, может рассказать, в чем же схожи жалобы пациента при ОГС с другими заболеваниями, входящими в перечень дифференциального диагноза. «Врач-лаборант» может ответить на вопросы о данных дополнительных исследований при ОГС, МЭЭ и др. После дискуссии по дифференциальной диагностике слово предоставляется вновь «врачу-стоматологу». Он должен назначить лечение «пациенту», доступно объяснить «родителю» о показаниях и противопоказаниях к назначению того или иного лекарственного препарата. Заключительным этапом деловой ролевой игры является подведение итогов: преподаватель делает выводы, указывает на ошибки и поощряет активных участников дискуссии.

Подобный сценарий позволяет глубоко и всесторонне изучить ту или иную проблему, вовлечь всех студентов, уделить достойное внимание тем вопросам, которые не всегда достаточно освещаются при классическом устном опросе студентов (например, вопросы современных методов диагностики). Нами был успешно внедрен этот сценарий в нескольких группах студентов 5 курса стоматологического факультета

Анализ содержания деятельности участников в этой деловой игре позволяет сделать вывод о существенной педагогической ценности применения игровых технологий в обучении. Это обусловлено тем, что в процессе игры:

- создаются условия, требующие от студента знаний;
- имеет место творческая обстановка, способствующая активному усвоению темы;
- происходит знакомство с разнообразными видами профессиональной деятельности в условиях, близких к реальным, существующим в практическом здравоохранении.

На примере разработанной нами и апробированной деловой игры мы поддерживаем мнение Янченко И. В. [4] о том, что педагогическая ценность любой деловой игры, обусловлена обязательным применением в ее процессе

рефлексивных технологий, нацеленных на адекватную оценку основных компонентов осуществленной деятельности (ее смысл, типы, способы, проблемы, пути их решения, полученные результаты), а так же определение и корректировка новых целей и дальнейшей деятельности [2].

Таким образом, деловая игра, как особая форма обучения, способна проверить потенциал и накопленный опыт, смоделировать различные профессиональные ситуации. Игра является прототипом будущей профессиональной деятельности и вовлекает студентов в процесс планирования профессиональной деятельности [4]. Деловая игра имеет значительную педагогическую ценность и оказывает положительное влияние на процесс формирования карьерной компетентности будущих специалистов.

Литература:

1. Кларин М. В. Инновации в мировой педагогике: обучение на основе исследования, игры и дискуссии. (Анализ зарубежного опыта) / М. В. Кларин. – Рига. : Эксперимент, 1995. – 176 с.

2. Селевко Г. К. Энциклопедия образовательных технологий: В 2 т. Т. 1. М.: НИИ школьных технологий, 2006. – 816 с.

3. Технология формирования социальных навыков / Под общ. ред. С. В. Березина, К. С. Лисецкого 2-е изд., испр. и доп. Самара: Изд-во «Универс-групп», 2005–224 с.

4. Янченко И. В. Педагогическая ценность деловой игры в формировании карьерной компетентности будущих выпускников вуза / И. В. Янченко // Молодой ученый. – 2013. – №1. – С. 383-385.

Резюме. У статті висвітлено питання високої педагогічної цінності ділової гри. Розроблено та впроваджено в практику сценарій рольової ділової гри « Гострий герпетичний стоматит у дітей». На прикладі даної гри доведена позитивна роль цієї форми навчання у формуванні професійної компетентності майбутніх лікарів-стоматологів.

Ключові слова: ділова гра, гострий герпетичний стоматит, педагогіка.

THE SPECIFIC GAME ‘PRIMARY HERPETIC GINGIVOSTOMATITIS’ AND IT’S ROLE IN THE FORMATION OF PROFESSIONAL COMPETENCE OF FUTURE DENTISTS

Ermakova I.D., Degtyarenko E.V., Zabyshniy A.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. There is the great pedagogical importance of that specific game in the article. The script role of playing simulation game is developed and implemented in practice for subject ‘Acute primary herpetic gingivostomatitis’. The positive role of this form of education in formation of professional competence of future dentists has been proved.

Keywords: specific game, acute primary herpetic gingivostomatitis, pedagogy.

УДК: 615.03(07.07)

ПРЕПОДАВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ

Жаркова Л.П., Козлов С.Н.
ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Резюме: В статье приведены сведения о преподавании клинической фармакологии на педиатрическом факультете. Отражены основные разделы преподавания дисциплины, цель

обучения, тематика лекционного курса, практических занятий и элективного курса. Представлены особенности контроля самоподготовки студентов и оформление индивидуализированной фармакотерапии пациентов посредством анализа обоснованности и рациональности применения ЛС.

Ключевые слова: клиническая фармакология, педиатрия, самоподготовка, элективный курс.

В соответствии с действующим Государственным образовательным стандартом, утвержденным Минобрнауки РФ, клиническая фармакология (КФ) преподается на педиатрическом факультете в 12 семестре (весенний семестр VI курса) и включает лекционный курс, цикл практических занятий, элективный цикл и раздел самостоятельной работы.

Целью преподавания КФ является обучение студентов эффективному и безопасному выбору лекарственных средств для проведения индивидуализированной фармакотерапии с использованием современных сведений по фармакокинетике (ФК), фармакодинамике (ФД), лекарственным взаимодействиям (ЛВ), нежелательным лекарственным реакциям (НЛР), фармакоэкономике, фармакоэпидемиологии.

В связи с тем, что преподавание фундаментальной фармакологии осуществляется на III курсе, к моменту начала изучения КФ многие студенты утрачивают полученные ранее знания. Поэтому преподавание начинается с проведения лекционного курса, рассчитанного на 8 часов, в котором освещаются некоторые вопросы фундаментальной фармакологии, в частности понятия ФД, ФК, ЛВ, НЛР. В основной план лекционного курса входят следующие разделы: предмет, задачи и основные понятия клинической фармакологии; клиническая фармакокинетика, ее значение для эффективного и безопасного применения ЛС; взаимодействия ЛС, возможности рационального сочетания ЛС; нежелательные реакции при применении ЛС, факторы риска их развития, меры профилактики; особенности применения ЛС в период беременности, лактации и особенности фармакокинетических процессов в зависимости от возраста ребенка.

Во время 7-дневного цикла практических занятий студенты изучают КФ нестероидных противовоспалительных средств и глюкокортикоидов; КФ антимикробных препаратов (АМП), включая клинико-фармакологические принципы выбора антибиотиков при инфекциях в педиатрии; КФ лекарственных средств, используемых при синдроме бронхиальной обструкции и КФ лекарственных средств, используемых при патологии желудочно-кишечного тракта.

В начале каждого практического занятия осуществляется письменный контроль, позволяющий оценить уровень подготовки студента к практическому занятию, после чего обсуждается изучаемая тема занятия в соответствии с предлагаемым перечнем вопросов и разбором тематического пациента и/или ситуационной задачи. Кроме того, в процессе занятия оформляется клинико-фармакологическая карта (КФК), которая, по сути, отражает самостоятельную работу студента с конкретным больным ребенком. При работе с КФК у студентов формируются умения и навыки, необходимые для деятельности

врача при проведении индивидуализированной фармакотерапии пациентов посредством анализа обоснованности и рациональности применения ЛС. Для надлежащего оформления КФК, помимо изучения обязательной для подготовки литературы, студентам приходится читать дополнительные литературные источники по нозологии курируемого больного ребенка. Завершается оформление КФК анализом проводимой фармакотерапии и, при необходимости, конкретными рекомендациями по её коррекции и оптимизации.

По окончании цикла проводится зачетное занятие, на котором каждому студенту предлагается три вопроса: один по лекционному курсу, второй по выбору АМП при инфекциях в педиатрии и третий – по другим изучаемым темам. Для студентов, которые полностью освоили программу цикла и продемонстрировали хорошую подготовку к каждому практическому занятию, в качестве поощрения предусматривается выставление зачета без дополнительного собеседования (зачет-«автомат»).

Студентам, имеющим академическую задолженность (пропуск лекций, практических занятий), предлагается представить реферативное сообщение или подготовленную презентацию по пропущенной теме и в фиксированные дни пройти собеседование с преподавателем.

Для углубленного изучения предмета на кафедре разработан элективный цикл в рамках раздела «Дисциплины по выбору» (30 ч.) на тему «Антимикробная терапия тяжелых инфекций». При проведении этого цикла обсуждаются основы доказательной медицины в практике врача, оценка качества научной информации в медицинской литературе, общие принципы антимикробной химиотерапии, характеристика основных возбудителей и основные методы микробиологической диагностики, правила забора и транспортировки, интерпретация результатов микробиологических исследований, механизмы антибиотикорезистентности и их клиническое значение, особенности резистентности в РФ. Кроме того, рассматриваются вопросы выбора АМП при инфекциях кожи и мягких тканей, инфекциях верхних и нижних дыхательных путей, нейроинфекциях, интраабдоминальных инфекциях, инфекциях мочевыводящих путей, катетер-ассоциированных инфекциях. На заключительном занятии проводится интерактивное обсуждение цикла, учитываются пожелания и предложения студентов в плане дальнейшего совершенствования преподавания дисциплины.

CLINICAL PHARMACOLOGY TEACHING IN DEPARTMENT OF PEDIATRICS

Zharkova L.P., Kozlov S.N.
Smolensk State Medical Academy, Department of Clinical Pharmacology

Abstract: The article provides information about teaching of clinical pharmacology in the department of pediatrics. The main points and aims of teaching process as well as the topics of lectures, seminars and elective courses are listed. Special approaches to control students' self-preparation and case history filling out based on analysis of justification and appropriateness of pharmacotherapy are described.

Keywords: clinical pharmacology, pediatrics, self-preparation, elective course.

УДК 378.147+616-097

ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Жданюк Ю.И.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Представлены основные принципы составления индивидуальных заданий при обучении студентов в современных условиях.

Ключевые слова: организация учебного процеса, индивидуальные задания.

В сфере образования в настоящее время происходят значительные трансформации. Европа вступила в эпоху новых знаний, взяв за основу принцип "учения на протяжении всей жизни", то есть непрерывного медицинского образования. Украина не может оставаться в стороне от процессов реформирования образования, поскольку выпускники высших учебных заведений должны уметь разбираться в широком круге разнообразных медицинских или технических вопросов, оценивать тенденции развития медицины (последняя должна включать семейную медицину), самостоятельно определять свою позицию в изменениях, которые происходят в исполнительном и творческом процессе, иметь научное мировосприятие и мировоззрение, быть готовыми к эффективной практической деятельности.

В соответствии с Законом “Об образовании” и “Национальной доктриной развития Украины в XXI веке” высшее образование должно обеспечить фундаментальную научную и культурную подготовку студентов, их жизненную и профессиональную компетентность. Основная направленность – это совершенствование качества высшей школы на современном этапе, связанная с поиском инновационных форм и методов учебы, которые дали бы возможность студентам (будущим молодым специалистам) стать активными в своей самостоятельной деятельности, творчестве, самосовершенствовании и актуализации.

Инновационные формы организации познавательной деятельности должны обеспечить активность студентов (начинающих специалистов), коммуникабельность, компетентность, формировать у них способности принимать самостоятельные решения с формированием собственного мировоззрения и стиля деятельности. При условиях применения инновационных форм, методов и средств организации учебы студенты вовлекаются в реальную творческую деятельность, которая не только привлекает их новизной, но и развивает потребность обнаруживать проблемы и разрешать противоречия, которые возникают в процессе их самостоятельной работы.

Одной из инновационных форм организации учебного процесса является составление индивидуальных заданий для студентов, позволяющих более полно реализовать потенциальные возможности студентов с учетом их индивидуальных качеств и целевых установок для будущей практической деятельности. При этом обязательно учитываются конечные цели обучения, соответствие индивидуальных заданий тематическим планам аудиторных занятий и внеаудиторной самостоятельной работы студентов.

Решение этих проблем вызывает, с одной стороны, необходимость в новых, более эффективных методах обучения, основанных на новых методических идеях, и с другой стороны – создание новых способов ускоренного получения и постоянного обновления знаний, и самое главное – требует от студентов нового мышления с учетом динамичности развития медицинской науки и ускорения внедрения ее достижений в практическую деятельность. В этих условиях коренным образом меняется роль преподавателя в процессе обучения, который из носителя информации и опыта превращается в координатора самостоятельной работы студента, направленной на получение знаний и умения применять полученные знания в конкретных клинических ситуациях.

Преподаватель в процессе обучения должен представить перед студентами своеобразный образец, эталон, к которому должны стремиться студенты, для того, чтобы развивать свой потенциал самостоятельно, совершенствоваться на протяжении всей своей практической деятельности, аналитически мыслить, уметь видеть в работе проблемы и конкретные пути их решения, способность прогнозировать ход патологических процессов и влияние на них различных методов воздействия (фармакологических, физиотерапевтических, радиологических и др.), в то же время принимая во внимание, что процессы сознания слишком пересыщены моментами творческих инноваций, что находит выражение в реализации свойств личности и неповторимой индивидуальности.

Только с учетом личностно-ориентированного подхода к составлению индивидуальных заданий возможно успешное усвоение учебного материала и реализация творческого потенциала студентов.

Резюме. Подані основні принципи складання індивідуальних завдань при навчанні студентів в сучасних умовах.

Ключові слова: організація учбового процеса, індівідуальні завдання.

THE INDIVIDUALISATION OF EDUCATION PROCESS IN MODERN STATE

Zhdanyuk Yu.I.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The basic principles of individual tasks creation in modern condition of education present.

Key words: organisation of education process, individual tasks.

УДК 378.147+004.4:61-057.845

КОМПЬЮТЕРИЗАЦИЯ ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ-МЕДИКОВ

Жданюк Ю.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Представлены особенности применения обучающих компьютерных программ в процессе обучения специалистов-медиков.

Ключевые слова: процесс обучения, компьютерные программы.

Современное развитие компьютерных технологий представляет возможности значительно интенсифицировать процесс обучения, сделать его более управляемым. Существенным этапом в компьютеризации учебного процесса явилось создание электронных учебников, позволяющих оперативно получать информацию о новейших достижениях медицинской науки.

Наряду с электронными учебниками компьютерные технологии также позволяют создавать учебные компьютерные программы, которые подразделяются на контролирующие и обучающие. Программы контролирующего типа могут включать тестовые задачи или тестовые вопросы, после ответов на которые следует заключение с перечнем правильных и неправильных ответов без анализа допущенных ошибок, то есть, по существу, выполняют только экспертную функцию и констатируют результат. Программы обучающего типа выполняют иные функции, так как имеют другие цели, главная из которых – указание правильного решения конкретной задачи. Для клинических дисциплин это, обычно, выбор наиболее информативных методов диагностики, анализ полученных результатов исследований, правильность постановки диагноза, выбор тактики и методов лечения, определение наиболее эффективных схем медикаментозной терапии и дозировок препаратов, вид оперативного лечения, план реабилитации. В основу таких программ заложены современные диагностические критерии, алгоритмы диагностики и лечения, рекомендации ведущих научных учреждений и специалистов, исходящие из последних достижений медицинской науки. Существуют также иные программы обучающего типа, которые представляют моделирование конкретных клинических ситуаций, исход которых зависит от действий обучаемого, чаще всего на клинических дисциплинах используются задачи по оказанию помощи при неотложных состояниях. Такие задачи обязательно создаются в соответствии с принятыми стандартами диагностики, лечения, оказания неотложной помощи, чтобы в качестве эталона выступал унифицированный и наиболее эффективный вариант врачебных действий.

Сценарий их применения выглядит следующим образом: обучаемый представляет свой вариант решения клинической задачи, который затем вводится в компьютер, анализируется и выдается правильный ответ. Далее идет сравнение ответа обучаемого, анализируются допущенные ошибки и недостатки в усвоении учебного материала, указываются пути их устранения, после чего рекомендуется повторная проверка знаний с помощью программы. В качестве примера можно привести обучающую программу по определению степени тяжести бронхиальной астмы и тактике ее лечения, включающей препараты патогенетической терапии, их дозировки и схемы применения, разработанную на основании принятого Международного Консенсуса по бронхиальной астме.

Следует отметить, что при создании таких программ весьма важно правильно спроектировать пользовательский интерфейс, облегчающий доступ к реализованным функциям. При разработке этого неотъемлемого элемента

современного программного продукта много внимания уделялось удобству работы пользователя. Был проведен анализ уже существующих обучаемых программ, выделены факторы, обеспечивающие простоту и удобство использования таких программ, работа с которыми не вызывала бы затруднений как у опытных, так и у начинающих пользователей персонального компьютера.

При создании электронных обучающих средств первоочередное внимание уделялось наглядности применяемых материалов. Учитывая психологические аспекты образовательного процесса, использовались различные медиа-материалы, многократно повышающие эффективность применения подобных программ.

В обучающих программах предусмотрен учет количества запусков, тестов, диагнозов и других данных, которые могут оказаться полезными пользователю при анализе успешности изучения. Подчас весьма важно определить, что вызывает самые серьезные затруднения у студентов и внести необходимые коррективы в процесс обучения. Именно для этого и был введен статистический учет, который в наглядной форме дает возможность быстро выявить упущения в процессе обучения. Таким образом, конечному пользователю предоставляется возможность периодически сохранять статистические данные и затем проводить анализ с учетом временного фактора.

Таким образом, дальнейшие разработки и внедрение компьютерных методов обучения и контроля знаний создадут более благоприятные условия для получении и усвоении новейшей медицинской информации, сделают процесс самостоятельного изучения более управляемым, будут способствовать повышению качества самостоятельной внеаудиторной работы студентов, интернов и курсантов, что в конечном итоге приведет к улучшению профессиональной подготовки специалистов-медиков.

Резюме. Викладені особливості застосування навчальних комп’ютерних програм в процесі навчання спеціалістів-медиків.

Ключові слова: процес навчання, комп’ютерні програми.

THE USING TEACHING COMPUTER PROGRAM IN PROCESS OF PROFESSIONAL EDUCATION OF MEDICAL SPECIALISTS

Zhdanyuk Yu.I.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The particularities of study computer programmes using in process of education of medical specialists present.

Key words: process of education, computer programmes.

УДК 378.147-(075.8)-(0.034.2)

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ УЧЕБНИКОВ ДЛЯ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ

Жданюк Ю.И.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Представлены преимущества электронных учебников для использования в процессе обучения.

Ключевые слова: процесс обучения, электронные учебники.

Прогрессирующее развитие медицинской науки сопровождается значительным увеличением объема информации, которую необходимо усвоить для качественной профессиональной подготовки специалистов-медиков. При этом возникают проблемы повышения эффективности процесса обучения и объективизации оценки его качества. Одним из основных средств решения этих проблем является широкое внедрение компьютерных технологий в процесс обучения.

Компьютерные технологии позволяют гораздо раньше, чем это будет опубликовано в научной периодической печати или в изданных учебниках, представить студентам, интернам и курсантам сведения о новейших достижениях современной науки, а также оценить степень усвоения учебного материала по контрольным тестам. Учитывая то обстоятельство, что фундаментальная и клиническая медицина являются в настоящее время наиболее интенсивно развивающимися отраслями науки, что сопровождается постоянным ростом объема и обновлением научной информации, возникла необходимость более оперативно представлять учебный материал, чем это позволяют печатные издания.

Совершенно новым и закономерным этапом в развитии системы обучения явилось создание компьютерных учебных пособий и обучающих компьютерных программ. Компьютерные учебные пособия (электронные учебники) размещаются обычно на жестких дисках (СД-дисках), что обеспечивает их долговечность, компактность и удобство в использовании. Структура электронного учебника идентична печатному изданию, однако имеет ряд существенных свойств, присущих только электронному варианту и значительно облегчающих поиск необходимой информации. Такой поиск осуществляется благодаря системе навигации по ключевым словам, специфическим терминам или с помощью электронного меню, содержащего все разделы учебника. Кроме того, электронный учебник включает систему гиперссылок, являющихся дополнительным справочным материалом (“подсказками”) при изучении отдельных тем и, таким образом, расширяющих объем информации и возможности при изучении темы по ходу прочитывания. Несомненным преимуществом электронного учебника является и возможность анимации различных схем, рисунков, что позволяет более наглядно иллюстрировать процессы, описываемые в учебнике, тем самым улучшая восприятие учебной информации. Современные компьютерные программы позволяют создавать анимированные картины в трехмерном изображении, таким образом, показывая пространственную конфигурацию, взаиморасположение предметов и объектов, объемные свойства, например, макромолекул, частей тела и других анатомических образований. Отличительным свойством электронного учебника является возможность воспроизведения видеозаписей, в том числе проведения различных исследований (физикальных, лабораторных, функциональных, эндоскопических и других), манипуляций, операций, что имеет особую

методическую ценность при изучении клинических дисциплин. Следует также отметить возможность записи и воспроизведения звуков, в частности, аускультативных, и это позволяет создавать высококачественные пособия по изучению пороков сердца, различных заболеваний органов дыхания.

Анализируя преимущества электронных учебников, необходимо отметить возможность оценивать качество усвоения изучаемого материала. Это осуществляется путем контрольного тестирования после каждого изученного раздела. При правильных ответах на контрольные вопросы обучаемому разрешается переходить к изучению следующего раздела, при неправильных ответах дальнейшее получение информации блокируется, указываются ошибки и недоработки и следует совет вернуться к изучению пройденного для более глубокого усвоения и устранения выявленных недостатков. Такая система непрерывного контроля процесса обучения позволяет формировать системный подход к обучению, добиться высокого качества знаний на всех этапах, обеспечить наиболее полное усвоение учебного материала.

Резюме. Викладені переваги електронних підручників для використання в процесі навчання.

Ключові слова: процес навчання, електронні підручники.

THE ELECTRON TEXTBOOKS USING FOR OPTIMISATION OF EDUCATION PROCESS

Zhdanyuk Yu.I.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The advantages of electron textbooks for using in process of education present.

Key words: process of education, electron textbooks.

УДК 617:378.147+378.048.2

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ИНТЕРНОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Журило И.П., Грона В.Н., Веселый С.В., Москаленко С.В., Мальцев В.Н., Музалев А.А., Сопов Г.А., Сушков Н.Т., Щербинин А.В., Фоменко С.А., Латышов К.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Подготовка детского хирурга и детского анестезиолога подразумевает овладение специальными знаниями и умениями, высокую профессиональную мотивацию, учет индивидуально-личностных характеристик. Организация обучения в интернатуре врача хирургического профиля требует комплексного использования организационно-правового, методического, психологического, эргономического ресурсов.

Ключевые слова: интернатура, обучение, детский хирург, детский анестезиолог.

Результатом обучения в интернатуре является подготовка специалиста, способного правильно действовать во всех относящихся к его профессии ситуациях. Экстремальный ритм работы будущего детского анестезиолога и детского хирурга, необходимость в кратчайшее время принимать оптимальные решения для сохранения жизни и здоровья маленьких пациентов, предъявляют особые требования к врачу-интерну.

Формирование будущего специалиста как профессионала не в последнюю

очередь зависит от его устойчивости к комплексу информационных стресс-факторов [1], воздействие которых в указанных разделах медицины не ставится под сомнение. Более того, первый период деятельности – вхождение в специальность – психофизиологически характеризуется постоянной стрессовой ситуацией на рабочем месте, сложностью профессионального самоопределения, протекающих на фоне напряженного функционирования регуляторных систем [2]. Врачи-анестезиологи и хирурги испытывают большие физические и психологические нагрузки. Это и статическое напряжение обширных групп мышц, и длительное вынужденное положение тела, и перенапряжение зрительного и тактильного анализаторов, умноженные на нервно-эмоциональное напряжение, обусловленное ответственностью за жизнь и здоровье больного. В связи с этим, было бы оптимальным проводить профессиональный отбор специалистов на основе психо-диагностических критериев профессионально важных качеств с учетом индивидуально-личностных характеристик, свойств центральной нервной системы, уровня профессиональной мотивации, а также соматического статуса.

В процессе обучения будущий врач формируется не только как человек, обладающий определенным набором навыков и умений, но и как участник коллективного процесса диагностики и лечения больного за ограниченный период времени. Не вызывает сомнения, что вся информация о критическом пациенте имеет большой объем, но лишь некоторая часть требует полного понимания и принятия неотложных мер. Привести к ошибкам при неадекватном общении может процесс передачи пациента разным специалистам. Доказано, что недостаток общения и неадекватная передача информации могут привести к 70 % ошибок, а 75 % пациентов могут погибнуть [4]. Поэтому столь важно во время обучения уделять внимание формированию у интерна адекватного стереотипа межличностных взаимодействий с коллегами. Определяющим при этом является личный пример руководителя интерна и его куратора.

В настоящее время обучение проходит в условиях информационного взрыва, когда требуется четкая дифференцировка на приемлемую и неприемлемую, первостепенную и несущественную информацию. Задачей преподавателя является выработка у интерна избирательного подхода к многочисленным сообщениям медицинского и парамедицинского толка в средствах массовой информации и электронных ресурсах. Активное использование последних предполагает хороший уровень владения иностранным языком, прежде всего – английским, учитывая объем реферативных сообщений и полноценных медицинских статей, размещенных в сети интернет.

Эффективное функционирование системы подготовки и обеспечения профессиональной деятельности детских хирургов и анестезиологов возможно только на основе комплексного использования всех ресурсов: организационно-правового, методического, психологического, эргономического [3], в то время как пренебрежение любой из этих составляющих не позволяет добиться оптимального результата.

Профессиональная деятельность врача хирургического профиля, связанная с необходимостью принятия решений в условиях дефицита времени, информации и ресурсов, применением агрессивных методов терапии и выполнением инвазивных манипуляций, требует совершенной подготовки в сфере аналитических, проективных и манипуляционных навыков. Достижение такого уровня, в свою очередь, невозможно без хорошо организованной и продуманной системы обучения. Оптимальным вариантом при прохождении заочной части видится тесное индивидуальное кураторство интерна опытным врачом, под руководством которого молодой специалист овладевает навыками и умениями. Проводить коррекцию заочного обучения следует во время регулярных визитов сотрудников кафедры ВУЗа на клинические базы.

С нашей точки зрения, важной формой профессионального развития врача-интерна является его участие в работе медицинских конференций, съездов, конгрессов. Даже пассивное присутствие на них в качестве слушателя позволяет будущему специалисту услышать мнения не только своих преподавателей по тому или иному вопросу практической деятельности (подчас диаметрально противоположные). А проведение развернутых дискуссий обучает интерна навыкам профессиональной полемики.

Таким образом, формирование специалиста – детского хирурга и детского анестезиолога подразумевает овладение знаниями и умениями, базирующихся на высокой профессиональной мотивации с учетом индивидуально-личностных характеристик. Организация обучения в интернатуре врача хирургического профиля требует комплексного использования руководителем интерна и его куратором организационно-правового, методического, психологического, эргономического ресурсов.

Литература:

1. Баклаев А.В., Смирнов И.В., Мизиков В.М., Бунятян А.А. Информационный стресс анестезиолога-реаниматолога // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – № 2. – С.4-9.

2. Мальцева Л.А., Усенко Л.В., Канюка С., Йовенко И.А. Механизмы формирования стресса у врачей-анестезиологов соответственно стажа работы по специальности // Материалы VIII Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов. – Омск. – 2002. – С. 125-127.

3. Мазурок В.А. Последипломная подготовка по анестезиологии-реаниматологии: комплексный подход к формированию специалиста: Автореферат дис… доктора мед. наук: 14.00.37 / Санкт-Петербургская академия последипломного образования Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. – Санкт-Петербург, 2009. – 41 с.

4. Площенко Ю.А. Актуальный вопрос последипломного образования врачей-анестезиологов: есть ли необходимость во внедрении технологий кризисного управления? // Медицина неотложных состояний. – 2013. – № 6 (53) – С. 197-200.

Резюме. Підготовка дитячого хірурга та дитячого анестезіолога передбачає оволодіння спеціальними знаннями та вміннями, високу професійну мотивацію, урахування індивідуально-особистісних характеристик. Організація навчання в інтернатурі лікаря

хірургічного профілю вимагає комплексного використання організаційно-правового, методичного, психологічного, ергономічного ресурсів.

Ключові слова: інтернатура, навчання, дитячий хірург, дитячий анестезіолог.

FEATURES OF SURGICAL INTERNS TRAINING

Zhurylo I.P., Grona V.N., Veselyy S.V., Moskalenko S.V., Maltsev V.N., Muzalyov A.A., Sopov G.A., Sushkov N.T., Shcherbinin A.V., Fomenko S.A., Latyshov K.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Training of pediatric surgeon and pediatric anesthesiologist involves the mastery of special knowledges and abilities, high professional motivation, taking into account individual personality characteristics. Organization of teaching in medical surgical internship requires an integrated use of organizational-legal, methodological, psychological, ergonomic resources.

Keywords: internship, training, pediatric surgery, pediatric anesthesiology

УДК: 617-053.2:378.146/.147

РОЛЬ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.

Журило И.П., Грона В.Н., Веселый С.В., Щербинин А.В., Сушков Н.Т., Мальцев В.Н., Сопов Г.А., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Музалев А.А., Латышов К.В., Анастасов А.Г., Щербинин А.А., Вакуленко М.В., Черкун А.В.
Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме: в работе описаны подходы к созданию тестовых заданий на кафедре детской хирургии. Подробно освещены требования предъявляемые к тестам.

Ключевые слова: тесты, тестовые задания, студенты.

Тестовый контроль является новым методом проверки результатов обучения. Его первые образцы появились в начале XX в. и стали популярными во многих странах. Наибольшую популярность тестовый контроль получил в США, где во многие высшие учебные заведения можно поступить только после сдачи тестов. В Украине этот вид контроля знаний появился недавно, но активно развивается.

Цель работы: обобщить наш опыт разработки и применения тестового контроля на кафедре детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии.

Результаты и обсуждение. Сам по себе тест представляет собой набор стандартных заданий по определенному материалу, который устанавливает степень усвоения его студентами.

Актуальность тестового метода мы объясняем его несомненными преимуществами перед другими педагогическими методами. По нашему мнению, основные преимущества:

1. Высокая научная обоснованность самого теста, позволяющая получать объективированные оценки уровня подготовленности испытуемых;
2. Технологичность тестовых методов;
3. Точность измерений;
4. Наличие одинаковых, для всех пользователей, правил проведения педагогического контроля и адекватной интерпретации тестовых результатов;
5. Сочетаемость тестовой технологии с другими современными

образовательными технологиями (фото, видео, мультимедиа).

В полной мере позволяет реализовать данные преимущества применение компьютерных программ тестирования. Данные приложения позволяют нивелировать субъективное влияние проверяющего и расширяют арсенал тестирования путем генерации неограниченного количества вариантов.

В повседневной практике мы выделили четыре типа тестов:

1. Тесты, помогающие проверить умения студентов решать новые проблемы на основании изученного материала;

2. Тесты, позволяющие выполнять мыслительные операции, основанные на ранее полученных знаниях;

3. Тесты, проверяющие знания тех сведений, которые необходимо запомнить и воспроизвести;

4. Тесты, позволяющие давать учащемуся критическую оценку изученного, на основе которой проверяющий определяет владение учащегося знаниями.

При составлении тестов мы не выделяем четко данные группы, однако стараемся, чтоб задания охватывали все аспекты темы и работы студента медика: этиологию, патогенез, диагностику и дифдиагноз, лечение и профилактику. В процессе эволюции тестового контроля мы использовали несколько вадов тестов. В нашей практике, в настоящее время, чаще всего используют формат А - такой вид теста, задание которого требует ответ на вопрос. Ответ выбирают из нескольких предложенных вариантов, которых обычно бывает 5 (может быть от 4 до 6).

При составлении тестов мы стараемся придерживаться следующих требований:

1. Тест должен быть объективен, т. е. его результаты зависят только от знаний ученика;

2. Тест должен быть валиден, т. е. проверять только те знания, умения и навыки, которые хочет проверить разработчик тестов в рамках рабочей программы;

3. Тест должен быть надежен, т. е. он должен в разных условиях показывать одинаковые результаты.

Опираясь на вышеизложенные требования, помимо этапа написания теста, мы проводим редактирование заданий, в процессе которого устраняются неточности, спорные моменты и тесты не соответствующие критериям. Для максимальной оптимизации процесса преподаватель, составляющий тест, должен придерживаться следующих правил:

1. Задания тестов не должны требовать больших затрат времени на их выполнение;

2. Задания тестов должны быть изложены в краткой и логичной форме;

3. Значение заданий тестов должно быть однозначным, чтобы студент мог правильно истолковать содержание;

4. Тесты должны позволять получать количественную оценку результатов их выполнения.

Наряду с несомненными преимуществами, мы, как практическая кафедра,

не можем не отметить недостатки тестового метода контроля знаний:

1. Слабая связь с практической работой, т.к. студент уже получает описание симптомов и синдромов, а не выявляет их.

2. Тестовые задания выявляют наличие знаний, но не позволяют оценить наличие клинического логического мышления, как важного компонента медицинской профессии.

3. Зависимость заданий от точки зрения преподавателя на данную проблему.

Решению этих вопросов способствует комплексное использование тестов с устным опросом и активной практической работой.

Выводы. Тестовый контроль – современный и актуальный способ объективного контроля уровня знаний студентов медицинского вуза.

Литература:

1. Прокофьева Н.О. Вопросы организации компьютерного контроля знаний // (Международный электронный журнал). Educational Technology & Society 9(1) 2006, pp.433 – 440.

2. Углев, В. А. Обучающее компьютерное тестирование // Теоретические и прикладные вопросы современных информационных технологий: Материалы VIII Всероссийской научно-технической конференции. - Улан-Удэ: ВСГТУ, 2007. - С. 312 – 316.

3. Рудинский И.Д., Аскеров Э.М., Емелин М.А., Строилов Н.А. Принципы и технологии создания интегрированной автоматизированной системы контроля знаний // Информационные технологии в образовании и науке: Сб. трудов ВНПК. - М., 2006, С. 17-35.

Резюме: в роботі описані підходи до створення тестових завдань на кафедрі дитячої хірургії. Детально висвітлені вимоги, що пред'являються до тестів.

Ключові слова: тести, тестові завдання, студенти.

ROLE OF TEST CONTROL IN THE PEDAGOGICAL PROCESS ON DEPARTMENT OF PEDIATRIC SURGERY.

Zhurilo I.P., Grona V.N., Veseliy S.V., Shcherbinin A.V., Sushkov N.T., Maltsev V.N., Sopov G.A., Fomenko S.A., Moskalenko S.V., Muzalev A.A., Anastasov A.G., Latishov K.V., Shcherbinin A.A., Vakulenko M.V., Cherkun A.V.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary: This paper describes approaches to the creation of tests at the Department of Pediatric Surgery. Covered in detail requirements to the tests.

Keywords: tests, students.

УДК: 617-053.2:378.146/.147-057.875

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Журило И.П., Грона В.Н., Веселый С.В., Щербинин А.В., Сушков Н.Т., Мальцев В.Н., Сопов Г.А., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Анастасов А.Г., Музалев А.А., Латышов К.В., Щербинин А.А., Вакуленко М.В., Черкун А.В.

Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме: в работе описываются подходы к обучению студентов на кафедре детской хирургии. В учебном процессе активно применяются новые информационные технологии.

Ключевые слова: педагогика, детская хирургия, студенты.

Повышение качества медицинского образования предусматривает создание условий для развития и самореализации студентов. Наибольшая эффективность учебного процесса на клинической кафедре достигается в условиях активизации самостоятельной деятельности студентов, направленности процесса организации их обучения [4].

Результаты и обсуждение. Преподавание детской хирургии имеет свои особенности. Современное развитие медицины меняет представление о таких основных положениях хирургии детского возраста, как асептика и антисептика, переливание крови и кровозаменителей, хирургическая инфекция, лечение ран, интенсивная терапия и реанимация и т.д. [6]. Кроме изменений, касающихся ухода и наблюдения за новорожденными, появились новые представления об оказании неотложной помощи, диагностике, лечении и реабилитации профильных больных (урологических, андрологических, онкологических и т.п.), профилактике врожденных заболеваний, обучении и воспитания сознательного отношения к здоровью ребенка. Изменения состоят также в значительном распространении новых образовательных технологий, которые основываются на использовании возможностей современной компьютерной техники и нужд в индивидуальном личностном развитии студента. Это требует более напряженной и ответственной работы при подготовке и оценке качественного уровня знаний по специальности "детская хирургия" [3].

Повышению результативности учебного процесса на кафедре детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии оказывает содействие усовершенствование новых форм работы, поиск новых систем, внедрение специальных форм практических занятий и лекций по разным тематикам хирургического модуля. Главным элементом учебного процесса, свойственным для всех новейших организационных форм обучения, остаются вербальные методы обучения, такие как лекция, теоретический контроль, отработка практических навыков у постели больного ребенка. Современное развитие техники позволило сделать большой шаг, который разрешает на всех уровнях применять наглядность преподавания [1, 2]. Наглядность методов диагностики и лечения – обход в отделении, наблюдение за ходом операции у профильного (тематического) больного, демонстрация диагностических приемов - значительно оказывают содействие лучшему усвоению конкретной темы студентами. При этом применение инновационных технологий, активных и интерактивных методов обучения представляется необходимым, целесообразным и обоснованным.

Подготовка и проведение теоретических, практических занятий, самостоятельной внеаудиторной работы студентов предусматривает использование традиционных и инновационных источников информации. Среди традиционных источников преимущество предоставляется специализированной медицинской литературе, периодическим изданиям, лекционному курсу. Широко используются инновационные источники информации, такие как учебное телевидение, публикации в интернете,

электронные библиотеки, web-сайты университета, мультимедйная библиотека (видеотека), демонстрация учебных видеофильмов.

Проведение практических занятий по детской хирургии имеет свои особенности. Практические занятия проходят не только в кабинетах преподавателей, но и на базе планового хирургического и онкологического отделения, урологического и гнойно-септического отделений, отделений общей детской реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Такие занятия содержат информацию, необходимую для успешного овладевания разными навыками, необходимыми в дальнейшей клинической практике. Материал занятий включает предложения относительно использования специального медицинского оборудования, муляжей, а также ситуационные задачи, которое облегчают отрабатывание практических навыков. Таким образом, студенты приобретают нужные умения и обретают уверенность в своих силах.

На всех кредитах модуля по детской хирургии применяются методы обучения в зависимости от типа познавательной деятельности и методы стимулирования интереса к обучению. Информационно-рецептивный метод оказывает значительное содействие развитию внимания; репродуктивный - закреплению знаний, формированию умений и навыков, развитию памяти. Проблемный метод развивает логическое мышление, формирует интерес к учебной работе; эвристический - воспитывает интерес к поисковой деятельности; исследовательский - оказывает содействие развитию творческой деятельности. Среди методов, которые стимулируют интерес к обучению и мотивации познавательной деятельности студентов, преимущество предоставляется дискуссиям, самостоятельной работе с литературными источниками, сетью internet. Международные компьютерные сети, система компьютерных библиотек разрешают пользоваться достижениями мировой медицинской науки [5]. Незаурядный интерес у студентов вызывают познавательные деловые игры, еженедельные собрания СНО по детской хирургии, клинические конференции, волонтерская работа во время ургентного дежурства.

Методы контроля и самоконтроля за эффективностью познавательной деятельности студентов нуждаются в особом внимании. На разных кредитах модуля по детской хирургии применяются методы устного контроля, письменного контроля, компьютерного контроля и методы самоконтроля. Устный контроль предусматривает индивидуальный опрос, фронтальный опрос, устные зачеты, устный программированный опрос. Методы письменного контроля - контрольные письменные работы и программированные письменные работы; практического - контроль с помощью компьютера (учебные контрольные программы). Методы самоконтроля - самостоятельный поиск ошибок, умение самостоятельно оценивать свои знания, определять приоритетные направления учебного процесса.

Для повышения результативности обучения широко применяем тестовые задачи. Введенные в практику современные методы и технологии педагогической оценки согласно проводятся согласно основным принципам и правилам построения тестов и тестовых задач. Используются тематические

тестовые задачи, а также тестовые задачи для итогового, модульного контроля. Тестовые задачи равномерно распределены согласно кредитам модуля "детская хирургия". Подготовленный соответствующим образом комплект задач дает возможность правильно оценить уровень знаний и умений студентов.

Такие занятия имеют не только теоретическую и практическую ценность, но и значительно активизируют самостоятельную деятельность студентов, оказывают содействие развитию их личностных качеств, творческих способностей, умению самостоятельно приобретать знания и решать проблемы, ориентироваться в жизни медицинского коллектива, критически относиться к своим умениям и творчески прогнозировать результаты деятельности.

К задачам преподавателей кафедры детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии относятся не только способствование усвоению полученных студентами теоретических знаний и практических навыков из отдельных разделов детской хирургии, но и формирование у будущих специалистов ответственности, способности к саморазвитию и самосовершенствованию в медико-социальном, духовно-этическом и профессиональном отношениях.

Выводы. Переход к новой модели организации учебного процесса нуждается в овладении профессорско-преподавательским составом новой системой психолого-педагогических и методических умений. Одним из приоритетных направлений преподавания детской хирургии является содействие творческому развитию личности, которое направлено на развитие собственных наблюдений, познавательных интересов в соответствующей области знаний, к творчеству, моделированию, изобретательству, содействию интеллектуальному, эмоциональному и эстетичному развитию студентов. Это позволит студентам быстро адаптироваться к современным условиям практической медицины, аналитически мыслить, самостоятельно расширять и углублять свои знания, быть конкурентноспособными на современном профессиональном рынке.

Литература:

1. Рудинский И.Д., Аскеров Э.М., Емелин М.А., Строилов Н.А. Принципы и технологии создания интегрированной автоматизированной системы контроля знаний // Информационные технологии в образовании и науке: Сб. трудов ВНПК. - М., 2006, С. 17-35.

2. Гельман В.Я. Медицинская інформатика: Практикум. – СПб: Питер, 2001. – 480 с.

3. Гуревич Р.С. Інтеграція сучасної науки і деякі проблеми змісту освіти у вищій педагогічній школі // Вища освіта в Україні: реалії, тенденції, перспективи розвитку. — К.,1996. — Ч.ІІ.

4. Джерело педагогічної майстерності. Підготовка та аналіз сучасного уроку: Науково-методичний журнал. – Випуск № 2 (40). – Харків: ХОНМІБО, 2008. - 160 с.

5. Інформаційні технології у фармації: підручник / І.Є. Булах, Л.П. Войтенко,Л.О. Кухар та ін.; за ред. І.Є. Булах. – К.: Медицина, 2008. – 224с.

6. Кіт О.М., Ковальчук О.Л., Вардинець І.С., Боб А.О. Хірургія. –

Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 644с.

Резюме: у роботі описуються підходи до навчання студентів на кафедрі дитячої хірургії. У учбовому процесі активно застосовуються нові інформаційні технології.

Ключові слова: педагогіка, дитяча хірургія, студенти.

FEATURE OF TEACHING OF STUDENTS ON DEPARTMENT OF CHILD'S SURGERY, ANAESTHESIOLOGY AND INTENSIVE THERAPY

Zhurilo I.P., Grona V.N., Veseliy S.V., Shcherbinin A.V., Sushkov N.T., Maltsev V.N., Sopov G.A., Fomenko S.A., Moskalenko S.V., Anastasov A.G., Muzalev A.A., Latishov K.V., Shcherbinin A.A., Vakulenko M.V., Cherkun A.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Resume: approaches to teaching of students on the department of child's surgery are described in work. New information technologies are actively used in an educational process.

Keywords: pedagogics, child's surgery, students.

УДК 616.1/.4-07-053.2(07.07)

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ

Иванишкина Е.В., Хибин Л.С., Удовикова О.И., Цепова Е.Л., Подчеко П.И., Осипенкова Т.А.
ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Резюме. В статье рассматриваются отдельные вопросы качества подготовки студентов: изложен собственный опыт, показаны цель и формы самостоятельной работы студентов педиатрического факультета при изучении пропедевтики внутренних болезней; обращено внимание на трудности, возникшие в связи с переходом на новый федеральный государственный образовательный стандарт.

Ключевые слова: студенты, самостоятельная работа, качество подготовки, педиатрия, преподавание.

Повышение качества подготовки будущих врачей во все времена являлось важнейшей задачей высшей школы. Эта проблема актуальна и в настоящее время. Несмотря на внедрение новых технологий обучения, широкое использование информационных возможностей всемирной сети «Интернет», создание эффективных систем контроля, уровень подготовки выпускаемых специалистов не всегда соответствует требованиям времени.

Чрезвычайно важным в подготовке высококвалифицированного специалиста является мотивация стать им. При этом студенты должны не просто приобретать знания, но и овладевать способами их получения. Всегда нужно помнить древнюю мудрость: «Ученик – это не сосуд, который нужно наполнить, а факел, который следует зажечь».

Именно поэтому одна из основных задач преподавателя вуза – увлечь студента перспективами его будущей профессии.

Студенты, занимающиеся на кафедре пропедевтики внутренних болезней, получая фундаментальные знания по терапии, должны приобрести прочные навыки общения с больным, овладеть методами физического исследования пациента, а также получить определенное представление о лабораторных,

инструментальных методах диагностики. Важнейшим условием успешной учебы является обязательное сочетание лекций, клинических практических занятий с самостоятельной работой студентов.

Основная цель самостоятельной работы студентов – воспитание сознательного отношения к овладению теоретическими и практическими знаниями, выработка привычки к напряженному интеллектуальному труду. Важно, чтобы студенты не просто приобретали знания, но и овладели способами их получения, то есть научились учиться.

Недооценка внеаудиторной работы студентов и самообразования на данном этапе подготовки может привести к постепенному угасанию интереса к избранной профессии, а врач, лишенный творческого подхода, не будет профессионалом.

На наш взгляд для поддержания интереса к будущей профессии необходима активная самостоятельная работа студентов, которая включает:

- подготовку к аудиторным занятиям и выполнение соответствующих заданий;
- самостоятельное изучение отдельных вопросов в соответствии с учебно-тематическим планом;
- подготовку ко всем видам контрольных испытаний, в том числе к этапным, итоговым зачетам, к курсовому экзамену по предмету;
- углубленное изучение отдельных вопросов дисциплины в соответствии с интересами и пожеланиями студентов;
- расшифровку электрокардиограмм в аудиторное и внеаудиторное время;
- выполнение заданий по учебно-исследовательской работе по важнейшим разделам дисциплины;
- закрепление умений и навыков по исследованию больного, полученных на занятиях;
- курацию больных с последующим написанием истории болезни;
- работу в студенческом научном кружке;
- участие в научно-практических конференциях.

Для формирования и совершенствования навыков самостоятельной работы с учебными и научными изданиями сотрудниками кафедры разработаны и изданы контрольные вопросы (с эталонами ответов) по пропедевтике внутренних болезней (семиологии, методам исследования, избранным вопросам частной патологии), ситуационные задачи по частной патологии, методические пособия по написанию истории болезни и важнейшим функциональным методам исследования. В последние годы шире используются электронные ресурсы: например, на сайте академии размещены типовые анализы крови, мочи, мокроты и другие с рекомендациями для их интерпретации, дополнительный информационный материал по различным разделам дисциплины.

Следует отметить, что важнейшим условием успешного обучения студентов является повторение и закрепление полученных знаний и умений в

процессе самостоятельного труда. Результаты самостоятельной работы оцениваются преподавателями, заведующим кафедрой во время учебного процесса и в период экзаменационной сессии по трехэтапной системе: тестовый контроль, аттестация по практическим навыкам, собеседование по билетам, включающим теоретические вопросы, ситуационную задачу, электрокардиограммы.

Основным учебником для подготовки студентов педиатрического факультета мы рекомендуем неоднократно издававшийся учебник «Пропедевтики внутренних болезней» под редакцией В.Х.Василенко и А.Л.Гребенева.

Главное, что нас тревожит:

1) снижение общего уровня знаний абитуриентов в связи с приемом по результатам Единого Государственного Экзамена (ЕГЭ);

2) в связи с переходом на федеральный государственный образовательный стандарт (ФГОС) при обучении по специальности «Педиатрия» учебный план предусматривает проведение занятий по пропедевтике внутренних болезней уже в 4-м семестре (весенний семестр 2 курса), когда студенты еще не изучили в достаточном объеме нормальную физиологию и биохимию, а также не приступили к занятиям по патологической физиологии, патологической анатомии и микробиологии;

3) реализация обучения по новому ФГОСу привела к тому, что в переходный период на кафедре занимались одновременно студенты и 2-го, и 3-его курсов, что не могло не сказаться на значительно возросшей педагогической нагрузке и, в какой-то мере, на качестве подготовки студентов;

4) новый учебный план для студентов педиатрического факультета предусматривает сокращение числа лекций и клинических практических занятий в два раза, по сравнению со старым планом, что вызывает определенное беспокойство в плане качества подготовки студентов.

Несмотря на предпринимаемые усилия со стороны сотрудников кафедры, которые стараются использовать все доступные методы обучения студентов (мультимедийные лекции, практические занятия с демонстрациями больных, видео- и аудиозаписи, освоение практических навыков, постоянный контроль за самостоятельной работой студентов в аудитории и при выполнении домашних заданий), изучить пропедевтику внутренних болезней, являющуюся основой терапии, при уменьшении часов аудиторных занятий будет весьма сложно. Однако, это необходимо, так как педиатры после окончания академии зачастую работают не только с детьми и подростками, но и с взрослыми пациентами, а также в других сферах медицинской деятельности после специализации.

Мы предлагаем вернуться к преподаванию пропедевтики внутренних болезней студентам педиатрического факультета на 3-ем курсе, увеличив количество часов на изучение дисциплины. Кстати, на лечебном факультете изучение пропедевтики внутренних болезней начинается также со второго курса, но заканчивается позже, в весеннем (6-м) семестре, тогда как студенты педиатрического факультета завершают обучение и сдают экзамен в конце 5-го семестра.

Литература:

1. Воротилкина И.М. Самостоятельность студентов в учебном процессе // Высшее образование в России. – 2012.– № 3. – С. 92-97.
2. Городецкая И.В. Формирование профессиональных компетенций студентов медицинских вузов // Вестник высшей школы Alma mater. – 2012. – № 12. – С. 39-43.
3. Кудрявая Н.В., Зорин К.В., Суворова Е.В. Проблемы духовно-нравственного развития студентов-медиков // Вестник высшей школы Alma mater. – 2012. – № 9. – С. 65-68.

TEACHING THE PROPAEDEUTICS OF INTERNAL DISEASES ON THE PEDIATRIC FACULTY IN NEW CONDITIONS

Ivanishkina E.V., Khibin L.S., Udovikova O.I., Tsepova E.L., Podcheko P.I., Osipenkova T.A.
Smolensk State Medical Academy, Russia

Summary. The article deals with some issues of quality in vocational training. The own experience is given. Goals and options of self-training for pediatrician medical students at studying propaedeutics of internal diseases are discussed. The difficulties of teaching based on the Federal National Educational Standards have been analyzed.

Key words: students, self-training, quality of training, pediatricians, training.

УДК: 616.9-084:378.046./.048.2

ПОДГОТОВКА СТУДЕНТОВ ПО ВОПРОСАМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Коломиец В.В., Ванханен Н.В., Бобрышев К.А., Подоляка В.Л., Рогачева Т.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В статье обоснована актуальность обучения первичной профилактике, особенно профилактике сердечно-сосудистых заболеваний на VI курсе медицинского университета. Обсуждены принципы обучения первичной профилактике. Представлены виды участия врача в первичной профилактике заболеваний в соответствии с Европейскими рекомендациями. Проанализировано содержание обучения первичной профилактике, в т.ч. концепция факторов риска, оценки степени риска и методов его снижения.

Ключевые слова: первичная профилактика, подготовка студентов, неинфекционные заболевания.

Обсуждение значения профилактической медицины в России имеет давнюю историю. Еще в XVIII-XIX веках М.Я. Мудров, Н. И. Пирогов, С. П. Боткин, Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов, А. П. Доброславин, Ф. Ф. Эрисман, Д. Н. Жбанков и другие передовые деятели отечественной медицины высказывались о необходимости осуществления предупредительных санитарных мер для повышения уровня здоровья людей и защиты населения, в первую очередь, от инфекционных заболеваний. Подготовка врача общей практики, деятельность которого будет осуществляться в период реформирования здравоохранения, которое по многим показателям нуждается в очень серьезной реорганизации, предусматривает обучение не только методам диагностики и лечения, но и принципам первичной профилактики заболеваний у населения, снижения риска развития тяжелых заболеваний и смерти [1].

Подготовка будущего врача к проведению мероприятий, направленных на профилактику заболеваний особенно актуальна в связи с тем, что на здравоохранение Украины отводится всего лишь 3,6% национального дохода, т.е. в несколько раз меньше, чем в развитых странах Западной Европы, а продолжительность жизни в нашей стране заметно меньше, чем в Европейских странах. Выработанные принципы и навыки профилактической работы, развитые и дополненные Д .К. Заболотным, Н. А. Семашко, З. П. Соловьевым способствовали тому, что в стране после Гражданской войны были достигнуты впечатляющие успехи в борьбе с острыми инфекционными заболеваниями.

В организации первичной профилактики заболеваний предполагается две составных части – общественная профилактика, заключающаяся в проведении массовых оздоровительных мероприятий, направленных на здоровый образ жизни, на проведение плановой работы по улучшению условий труда и быта, и др. и индивидуальная [6]. Не отрицая участия врача в осуществлении общественной профилактики, все же следует подчеркнуть его особую роль в организации адресной, индивидуальной профилактики [4]. Факторы риска возникновения и развития болезней непосредственно связаны с неблагоприятным образом жизни. Проблема профилактики сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний и травматизма остро стоит в развитых странах современного мира [3]. Примером действенных программ профилактики этих заболеваний служат соответствующие разделы Европейской политики здравоохранения “Задачи по достижению здоровья для всех”, разработанной Европейским региональным бюро ВОЗ [6]. Эксперты ВОЗ считают, что снижение смертности от болезней системы кровообращения на 15% за 10 лет может быть достигнуто путем: 1) выполнения профилактических мер, приемлемых для населения и направленных на сокращение уровней основных факторов риска, таких как курение, повышенное кровяное давление, высокое содержание холестерина в крови, избыточная масса тела, сидячий образ жизни; 2) повышения доступности эффективных и приемлемых методов диагностирования, включая раннюю диагностику, и лечение; 3) физической, психологической и социальной реабилитации людей с сердечно-сосудистыми болезнями. Программа снижения смертности от рака среди людей моложе 65 лет и существенное улучшение качества жизни всех людей, страдающих от этой болезни по мнению экспертов ВОЗ может быть успешной, если: 1) путем значительных усилий по сокращению уровней курения будет снижена заболеваемость раком, связанная с потреблением табака; 2) путем проведения программ скрининга и заблаговременного лечения, включая меры, направленные на повышение их приемлемости, будет сокращена смертность от рака шейки матки и молочной железы; 3) жилая и производственная среда станут более здоровыми; 4) оптимальные современные методы диагностики, лечения, реабилитации и щадящего ухода будут использованы надлежащим образом и охватывать всех онкологических больных [7]. В нашей стране внедрение подобных мероприятий весьма актуально. Основная роль в этом принадлежит врачу общей практики. Поэтому очень важно акцентировать внимание на важности первичной профилактики, повышать осведомленность

практикующих и будущих врачей в этих вопросах. Наибольшее значение для увеличения продолжительности и качества жизни принадлежит профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [5]. В Украине, несмотря на современные методы диагностики и лечения, активизацию работы органов здравоохранения, социальных структур и национальных программ, смертность от ССЗ за последние год, по данным научно-исследовательского института им. Н.Д.Стражеско увеличилась на 49,3% [2]. Проведенные в последние годы эпидемиологические исследования стали основой для разработки новых рекомендаций по диагностике, профилактике и лечению ССЗ [3]. В новых условиях профессинальная подготовка врача должна включать его обучение принципам профилактической медицины и краеугольным камнем является при этом обучение принципам профилактической кардиологии.

Целью настоящей работы является обсуждение принципов обучения профилактической кардиологии в подготовке семейного врача.

Вынесение на первое место в построении занятий по внутренней медицине тестового контроля за выполнением учебной программы, настраивает студентов в большой степени на технический подход к обучению. Непосредственный контакт с больным, участие в его обследовании и лечении является основой подготовки врача-специалиста. Студенты не могут не наблюдать очевидных минусов бесплатной медицины на занятиях в стационарах и поликлиниках, во время ночных дежурств: длительное ожидание на прием к врачу, ограниченное время у врача на контакт с больным, плохое питание в больницах, переполненные палаты, недостаток лекарств и т.д. Поэтому особенно важно компенсировать это профилактикой развития хронических заболеваний, которые приводят к снижению трудоспособности, инвалидности и преждевременной смерти [4].

Студенты в процессе осуществления самостоятельной курации больных беседуют с ними на самые разнообразные темы и должны быть подготовлены отвечать на различные их вопросы, чтобы способствовать повышению приверженности больных к последующему обычно длительному, а часто пожизненному лечению хронических заболеваний. По результатам ряда исследований только небольшая часть людей реально осознает угрозу их здоровью от инфаркта миокарда или мозгового инсульта. К тому же пресса искажает факты, утверждая, что рак легких является ведущей причиной смертности. В действительности, на это заболевание приходится меньшая часть жизней, особенно у женщин, по сравнению с ССЗ [2]. Риск развития и прогрессирования ССЗ зависит от наличия и числа некоторых неблагоприятно воздействующих факторов, именуемых факторами риска. Открытие факторов риска, влияющих на развитие и прогрессирование хронических неинфекционных заболеваний, явилось одним из важных достижений в области медицины во второй половине XX века. Концепция факторов риска стала научной основой профилактики ССЗ и широко используется в практической работе. Контроль факторов риска вносит существенный вклад в снижение частоты ССЗ. Для правильного отношения к профилактике больному необходимо понимание механизмов и особенностей развития ССЗ, знание

факторов риска и их значения.

Профилактика становится важнейшей частью лечебного процесса в случае, если полностью вылечить ССЗ не представляется возможным. Важнейшей задачей является убеждение больного в необходимости первичной и вторичной профилактики ССЗ, которая в первую очередь включает изменение образа жизни в сторону его оздоровления. Эта задача сложная, поскольку требует изменения стойких привычек больных, таких как курение, диетические привязанности, уровень физической активности, и связана с весьма частым непониманием и нежеланием этих изменений. От врача требуется много усилий, терпения, последовательности, стойкости в убеждении больного, и формировать эти навыки можно во время самостоятельной курации больных. Объснение больному положения дел является неотъемлемой частью врачебной работы. Преподавателю желательно познакомить студентов с этой стороной деятельности, продемонстрировать на собственном примере умение сделать это аккуратно и мягко.

Для Украины особенно важными являются такие модифицируемые факторы риска, как психосоциальный стресс, курение, несбалансированное питание, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, артериальная гипертония, избыточная масса тела, нарушение углеводного обмена и сахарный диабет 2-го типа, дислипидемия. Поэтому при оценке риска рекомендуют рассчитывать суммарный (глобальный) риск, учитывающий взаимодействие нескольких основных факторов риска. На этом принципе построена стратификация риска при оценке прогноза больных артериальной гипертензией. Длительные проспективные наблюдения за жителями показали, что продолжительность жизни мужчин и женщин с факторами риска развития ССЗ короче, чем у лиц без факторов риска: с высокими уровнями систолического артериального давления на 12,2 года и 6 лет, курящих - на 10,5 и 6 лет, употребляющих избыточно алкоголь - на 5 лет и 8,6 года соответственно.

Причинами избыточной и преждевременной смерти населения от ССЗ могут быть:1) большая распространенность и/или высокие уровни факторов риска; 2) низкий уровень качества социальной/медицинской помощи в отношении: - сохранения и укрепления здоровья; - профилактики заболеваний; - лечебно-диагностических мероприятий. Концепция факторов риска практически стирает границу между первичной и вторичной профилактикой ССЗ. Она обосновывает необходимость коррекции факторов риска как у людей без клинических признаков ССЗ, чтобы оно не развилось (первичная профилактика), так и у больных с уже существующим ССЗ, чтобы предупредить его прогрессирование (вторичная профилактика). Врач общей практики должен быть ознакомлен с методами оценки вклада каждого фактора риска и подсчета суммарного риска для больного. На этом основании выбирается программа коррекции факторов риска для индивидуума. В любом случае коррекция факторов риска должна быть более агрессивной. Необходимы изменение образа жизни и соблюдение основ здорового образа жизни - рационального питания, отказа от курения, оптимальная физическая нагрузка,

умеренное потребление алкоголя. Импульсом для дальнейшего развития концепции факторов риска стало появление возможности их медикаментозной коррекции. Так, для медикаментозной коррекции дислипидемий необходимо рекомендовать статины, фибраты, никотиновую кислоту, фитостеролы и другие препараты, для коррекции артериальной гипертензии - любой из 7 классов антигипертензивных препаратов или комбинированные препараты, в помощь желающим отказаться от курения - никотинзаместительные, бупропион, при ожирении - орлистат, сибутрамин, при нарушенной толерантности к глюкозе - акарбозу, при гиперурикемии - аллопуринол, для коррекции тромбогенных факторов - ацетилсалициловую кислоту, дипиридамол, клопидогрель, тиклодипин, при гипергомоцистеинемии - фолиевую кислоту, витамины В6, В12. Это позволяет достигнуть целевых уровней данных факторов риска, что часто бывает невозможно только путем изменения образа жизни. Примерами целевых уровней факторов риска развития ССЗ могут быть артериальное давление <140/90 мм рт.ст., уровень общего холестерина в плазме крови <4,5 ммоль/л, уровень холестерина липопротеидов низкой плотности <3 ммоль/л, уровень глюкозы <6,1 ммоль/л, окружность талии у мужчин <94 см, у женщин <80 см. Предупреждение появления факторов риска и их коррекция являются эффективным подходом в профилактике ССЗ, доступным практическому здравоохранению. Всеобщее убеждение, что «болезнь легче и дешевле предупредить, чем лечить», оказывает негативное влияние на развитие профилактики, так как создает обманчивое впечатление, что для профилактики этих заболеваний достаточны минимальные усилия и расходы. Однако стало очевидным, что одних лозунгов и плакатов недостаточно; ССЗ трудно предупредить из-за их многофакторности. Врачи общей практики должны иметь четкое представление о разновидностях профилактики, таких как:

• индивидуальная - профилактические мероприятия, проводимые с отдельными индивидуумами;

• групповая - профилактические мероприятия, проводимые с группами лиц;

•имеющих сходные симптомы и факторы риска (целевые группы);

• популяционная (массовая) - профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или все население в целом.

Популяционный уровень профилактики, как правило, не ограничивается медицинскими мероприятиями - это местные программы профилактики или массовые кампании, направленные на укрепление здоровья и профилактику заболеваний. Докторов следует знакомить с результатами многоцентровых профилактических программ. В системе подготовки врача приоритетные действия направлены на обучение следующим мероприятиям: 1) просвещение населения, обучение его основным принципам профилактики ССЗ, в т.ч. через организацию клубов, групп, школ по первичной профилактике; 2) выявление и снижение факторов риска ССЗ у населения; 3) повышение активности врачей по организации профилактики и снижению факторов риска; 4) ознакомление с результатами исследований по профилактике ССЗ и укреплению здоровья.

Главной задачей врача должно стать оказание профилактической помощи на индивидуальном, групповом и семейном уровнях.

Таким образом, учитывая современные тенденции развития здравоохранения в Украине, обучение задачам, принципам и методам профилактической кардиологии должно стать неотъемлемой частью обучения студентов VI курса на кафедре внутренней медицины.

Литература:

1. Безюк Н.Н. Современные требования, предъявляемые к качеству оказания медицинской помощи //Здоров'я України XXI сторіччя. – 2008. - №5. – С. 36-37.

2. Бобров В.А., Давыдова И.В., Медведенко О.И. Сердечно-сосудистые заболевания у женщин //Терапия. – 2010.- №12. – С. 40-45.

3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002: Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. Всемирная организация здравоохранения. Женева 2002.

4. Москаленко В.Ф. Концептуальные подходы к формированию современной профилактической стратегии в здравоохранении. от профилактики медицинской к профилактике социальной М.: ГЭОТАР-Медиа", 2011.- 240 с.

5. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Смертность от сердечно-сосудистых и других хронических неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2002. - №3. - С.4-8.

6. European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice //Eur.Heart.J. - 2003. - Vol.24, №17. - P.1601-1610.

7. Global Programme on Evidence for Health Policy; WHO, World Health Report, 2011.

Резюме. У статті обгрунтована актуальність навчання первинній профілактиці, особливо профілактиці серцево-судинних захворювань на VI курсі медичного університету. Обговорені принципи навчання первинній профілактиці. Представлені види участі лікаря в первинній профілактиці захворювань відповідно до Європейських рекомендацій. Проаналізований зміст навчання первинній профілактиці, у т.ч. концепція факторів ризику, оцінки ступеня ризику й методів його зниження.

Ключові слова: первинна профілактика, підготовка студентів, неінфекційні захворювання

STUDENT TRAINING IN QUESTIONS OF PRIMARY PREVENTION OF NON-INFECTIOUS DISEASES IN UNDERGRADUATE AND POSTGRADUATE DOCTOR TRAINING

Kolomiyets V.V., Vankhanen N.V., Bobrishev K.A., Podolyaka V.L., Rogachova T.A.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. In the article it has been established the actuality of primary prevention training? Particularly prevention of cardiovascular diseases at the VI year of medical university. The principles of primary prevention teaching are discussed. It has been presented different types of a physician participations in the primary prevention of diseases in accordance with European guidelines. A content of primary prevention training has been analysed, including the concept of risk factors, risk assessment and methods to reduce it.

Key words: primary prevention, student training, non-infectious diseases

УДК 378.147:616-097-08-084

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ «ЛЕКАРСТВЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ»

Колесникова О.Л.
Донецкий нацинальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Представлены методические аспекты преподавания темы «Лекарственная аллергия». Особое внимание уделено актуальности данной проблемы. Рассмотрены перекрестные реакции между антигенами лекарственных препаратов и других веществ.

Ключевые слова: аллергия, лекарство, перекрестные реакции, этап изучения.

В структуре заболеваемости аллергия занимает по распространенности третье, а в некоторых странах и первое место. Определенная доля аллергических заболеваний приходится на клинические проявления лекарственной аллергии .

Фармакотерапия заболеваний наряду с безусловными успехами в лечении влечет и весьма сложные проблемы. Наибольшей из них является все возрастающая частота побочных действий диагностических и лекарственных средств. На данный момент, не замечать постоянно возрастающей угрозы побочного действия лекарств, в структуре которого лекарственная аллергия занимает значительное место (в Украине - ведущее), весьма опасно. Осложнения лекарственной терапии в настоящее время занимают 4-е место среди причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний, травм и онкологических заболеваний. 15-20% бюджета лечебных учреждений расходуется на больных с осложнениями лекарственной терапии. Таким образом, проблема безопасности лекарственных средств является чрезвычайно важной и актуальной для клинической медицины. Комитеты по контролю за побочным действием лекарств (ПДЛ), созданные в Украине, России, Франции, Великобритании, компьютеризированная система извещения и контроля за ПДЛ – MedWatch в США, и некоторых других странах, позволяют получить достаточно полную информацию по данной проблеме. Однако число побочных лекарственных реакций неуклонно возрастает, а цифры официальной статистики не в полной мере отражают реальную ситуацию по данной проблеме в связи со сложностью учета и интерпретации нежелательных эффектов лекарственных средств. Тем не менее, даже существующие данные свидетельствуют о необычайной сложности проблемы лекарственных осложнений, которая в настоящее время вышла далеко за рамки исключительно медицинской и представляет собой серьезную и социальную и экономическую проблему для многих государств.

Среди всех побочных лекарственных реакций особого внимания заслуживают аллергические реакции ввиду быстроты их развития и тяжести исхода. Несмотря на то, что лекарственная аллергия как нозологическая форма занимает не столь большой процент среди всех ПДЛ – 6-10%, а по мнению некоторых авторов не более 3-6% (Л.А. Горячкина и соавт., 2009), тем не менее, именно эти реакции по своим клиническим проявлениям являются наиболее тяжелыми и могут заканчиваться летально. Кроме того, лекарственная аллергия

- единственный вариант побочных лекарственных реакций, который требуют категорического исключения «виновного» препарата, препаратов этой группы и перекрестно-реагирующих препаратов, что может существенно ограничивать возможность адекватного выбора лекарственного средства для врача в терапии конкретной патологии, а больного лишать необходимого лечения. Поэтому своевременная диагностика лекарственной аллергии крайне важна как для врача, так и для пациента.

Цель изучения данной темы - информировать студентов о структуре побочных лекарственных реакций и значении лекарственной аллергии в практике врачей различного профиля. На основе теоретического и клинического материала сформировать четкое представление об этиологии, патогенезе, клинике и правилах оказания неотложной помощи при острых аллергических состояниях. Методика реализации учебной программы предусматривает этапный подход к обучению студентов.

На первом этапе студентам необходимо освоить теоретический материал на основе самостоятельной работы с привлечением современных литературных источников по проблеме и использованием разработанных нашей кафедрой методических рекомендаций, содержащих объемную разностороннюю информацию по обсуждаемой проблеме.

На втором этапе проведение семинара, в процессе которого преподаватель с использованием наглядного материала систематизирует полученные в ходе самостоятельной подготовки знания, выделяет ключевые позиции по изучаемой проблеме, резюмирует основные разделы информационного материала, обозначая конкретные практические приемы необходимые к использованию в повседневной клинической работе врача.

При работе со студентами по освоению данной темы особое внимание необходимо обратить наперекрестные реакции. Перекрестные реакции между антигенами лекарственных препаратов и иных веществ, в первую очередь пищевых продуктов, могут способствовать распространению лекарственной аллергии. Как указывает Т. Суковатых (2001), в строении разных аллергенов имеются сходные структуры, в связи с этим у ребенка с реакцией на какой-либо аллерген легко может сформироваться аллергия к другим аллергенам, имеющим в своем составе аналогичные компоненты. Это и есть перекрестная аллергия. Она может развиться не только к аллергенам одной группы, но и к аллергенам других групп. В зависимости от этого перекрестная аллергия может быть внутривидовой и межвидовой, внутригрупповой и межгрупповой. Иногда она возникает даже между аллергенами, которые, казалось бы, не должны иметь общих свойств. Например, общие свойства найдены у эпидермальных аллергенов и сходных субстанций. Эти субстанции бывают также у плода и пыльцы растений, тогда легко формируется межгрупповая аллергия к продукту и пыльце. Перекрестная межгрупповая аллергия к пищевым продуктам, в приготовлении которых используются грибки, возникает у людей с грибковой аллергией. К таким продуктам относятся сыры, квас, кефир, дрожжевое тесто, квашеная капуста, то есть продукты, подвергшиеся процессу ферментации.

Большой проблемой являются перекрестные реакции на различные

лекарственные средства, а также между лекарствеными средствами и пищевыми продуктами. Так, общие антигенные детерминанты имеются у пенициллина и цефалоспоринов, новокаина и сульфаниламидов.

В контексте освещаемой проблемы нельзя обойти и вопросы пищевых добавок, в том числе перекрестных реакций на них и на лекарственные средства. Так, по данным литературы, если распространенность пищевой аллергии в Европе составляет от 0,1 до 7 %, то частота аллергических реакций на пищевые добавки колеблется от 0,01 до 0,23 %. Как указывают А.Н. Пампура и Н.Н. Погомий, современные пищевые продукты содержат широкий спектр ингредиентов, выполняющих многочисленные технические функции. Некоторые из них, по мнению авторов, способны индуцировать аллергические реакции в виде дерматита, крапивницы, отека Квинке, бронхоспазма и анафилактоидных/анафилактических реакций. Существует также соизмеримая по масштабам с истинной ЛА проблема псевдоаллергических реакций, которые весьма сложно разграничить. Они нередко приводят к ложноположительным выводам о перекрестных реакциях, о несостоятельности существующих аллергологических методов и пр. Все эти вопросы требуют повышенного внимания кпроблемами аллергологии, и в частности лекарственной аллергии.

Третий этап – это осуществление клинического разбора историй болезни пациентов с различными формами побочных лекарственных реакций.

В ходе обсуждения клинических случаев с использованием наглядного материала преподавателем осуществляется непрерывное сопоставление данных реальной клинической картины, этапов диагностического процесса, неотложных и плановых мероприятий по поводу возникшей побочной лекарственной реакции с теоретическими знаниями по указанным разделам, полученными слушателями в ходе I-го и II-го этапов обучения. Особое внимание уделяется рассмотрению вопросов соответствия выполняемых диагностических и лечебных мероприятий данным утвержденных медицинских стандартов диагностики и лечения аллергических заболеваний.

И, наконец, четвертый этап – это контроль эффективности полученных знаний, с помощью тестов.

Таким образом, представленная учебная программа реализуется посредством проведения цикла занятий, которые предусматривают всестороннее освоение теоретического материала, ознакомление с современными методами диагностики лекарственной аллергии, рекомендуемыми медицинскими стандартами диагностики лекарственной аллергии и используемыми в широкой клинической практике, разбор уникальных клинических случаев с применением современных демонстрационных возможностей. Совокупность получаемых знаний позволяет стедентам не только адекватно проводить диагностику и лечение различных форм побочных лекарственных реакций, включая лекарственную аллергию, но и, что не менее важно, эффективно осуществлять профилактику лекарственных осложнений различного генеза.

Резюме. Надані методичні аспекти вивчення лікарської алергії. Особливу увагу

приділено актуальності даної проблеми. Розглянуто перехресні реакції між антигенами лікарських препаратів та інших речовин.

Ключові слова: алергія, ліки, перехресні реакції, етапи вивчення.

THE METHODIC ASPECTS OF DRUG ALLERGY TEACHING

Kolesnikova O.L.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The methodic aspects of drug allergy investigation are represented. Special attention has been paid to the urgency of an issue. The cross-reactions between antigens of medications and other substances have been revised.

Key words: allergy, medication, cross-reactions, steps of study.

УДК 378.147+616-071.1+612.017.3

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ “КРАПИВНИЦА. ОТЕК КВИНКЕ”

Колесникова О.Л.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье представлены особенности преподавания темы “Крапивница. Отек Квинке”. Особое внимание уделено классификации и рассмотрению отдельных видов хронический крапивницы, составлен диагностический алгоритм при крапивнице.

Ключевые слова: крапивница, отек Квинке.

Крапивница является одной из актуальных проблем современной аллергологии. По данным украинских авторов, в зависимости от региона проживания распространенность крапивницы и отеков Квинке составляет от 3 до 31% в структуре аллергопатологии. Крапивница возникает хотя бы раз в жизни у 10-20% населения. У детей распространенность крапивницы составляет от 15 до 30%. При этом у 80-95% больных хронической крапивницей (ХК) причина болезни остается неизвестной.

В последнее время, наряду с выявлением повышенной чувствительностью к различным аллергенам, уделяется внимание выявлению очагов хронической бактериальной и вирусной инфекции. У большинства больных отмечено наличие различных заболеваний органов пищеварения, сопровождающихся дисбактериозм и развитием повышенной чувствительности к кишечной группе бактерий.

Медико–социальная актуальность проблемы определяется следующими факторами:

- распространенностью и, в большинстве случаев, хроническим течением этого заболевания, сопровождающегося частыми обострениями;
- необходимостью широкого комплекса диагностических мероприятий;
- отсутствие радикальных методов терапии;
- лечение хронической рецидивирующей крапивницы требует длительного, порой постоянного применения лекарственных средств:

антигистаминных, гормональных препаратов, что представляет для пациентов не только существенную материальную проблему, но и сопряжено с побочным действием постоянной, длительной терапии.

С целью совершенствования методики изучения актуальных вопросов аллергологии нами разработано учебно-методическое пособие для

преподавателей, ординаторов и слушателей университета. При его создании исходили из того, что изучению данной проблемы должно уделяться огромное внимание на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии. Преподавание должно быть дифференцированным с учетом профиля цикла, уровня подготовки обучающихся.

В результате изучения темы “Крапивница” обучающиеся должны обладать набором знаний, навыков и умений, позволяющих понять клинические механизмы и лечебную тактику при этой патологии.

В основу организационно-методических рекомендации по изучению темы положена “Структурно-логическая схема преподавания вопросов крапивницы и отека Квинке”. Отек Квинке – это заболевание, характеризующееся отеком кожи и подкожной клетчатки, а так же слизистых оболочек различных органов и систем (дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной, нервной и др.). Считается, что у 0,6–0,8% больных пищевые добавки, красители, консерванты также могут выступать в качестве этиологических факторов хронической крапивницы, реализуя свое действие через неиммунные механизмы.

Хроническая крапивница рассматривается как неаллергическая , пока не будет доказано участие иммунных механизмов. Морфологически уртикарные высыпания представляют ограниченный отек сосочкового слоя дермы, раздвигающий коллагеновые волокна, вследствие повышения проницаемости малых сосудов, преимущественно посткапиллярных венул.

Основным отличительным гистологическим признаком хронической крапивницы от острой является периваскулярный клеточный инфильтрат.

Периваскулярный воспалительный инфильтрат состоит преимущественно из Т-лимфоцитов, мононуклеарных клеток, нейтрофилов и эозинофилов. При этом при хронической крапивнице отмечено 10-кратное увеличение количества тучных клеток по сравнению со здоровыми лицами. По клеточному составу периваскулярного инфильтрата гистологически выделяют лимфоцитарнуюи нейтрофильную крапивницу.

Основным элементом кожной сыпи при крапивнице является волдырь. Волдырь – это бесполостной элемент, возвышающийся над поверхностью кожи, бледнеющий при надавливании, сопровождающийся зудом и бесследно проходящий в течение суток. Важнейшей характеристикой высыпаний при крапивнице является мономорфность, т.е. кожная сыпь представлена одним морфологическим элементом (волдырем).

При крапивнице возможна любая локализация высыпаний, включая волосистую часть головы, ладони и подошвы. Также возможно поражение слизистых: полости рта, гортани, пищевода. Размер высыпаний варьирует от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров. Возможно образование сливных элементов с фигурными очертаниями (гигантская крапивница).

При острой крапивнице обычно наблюдаются крупные генерализованные высыпания, которые стремительно развиваются и быстро разрешаются. При этом для хронической крапивницы, как правило, характерны немногочисленные высыпания значительно меньшего диаметра, сохраняющиеся несколько часов (до 24 часов).

При хронической крапивнице часто наблюдается большая интенсивность зуда и высыпаний в вечернее и ночное время, что связано с суточными ритмами секреции гистамина.

Учитывая участие гистамина в формировании всех симптомов крапивницы, антигистаминные препараты 2-го поколения являются препаратами первого выбора. Помимо непосредственного антигистаминного действия они обладают противовоспалительной активностью.

Лечение больных с хронической крапивницей требует большого терпения, тесного сотрудничества врача и пациента. У больных серьезно страдает качество жизни: зуд может влиять на повседневную активность, нарушать сон, высыпания на открытых участках тела стесняют больного, резко ограничивают его общение, профессиональную деятельность.

Указанные методические подходы к вопросам диагностики и лечения крапивницы и отека Квинке позволяют значительно повысить знания студентов в вопросах аллергических заболеваний.

Резюме. У статі надані особливості викладання теми “Кропив’янка. Набряк Квінке”. Особиста увага приділялється класифікації та розгляду окремих видів хронічної кропив’янки, складено діагностичний алгоритм при кропив’янці.

Ключові слова: кропивниця, набряк Квінке.

PECULIARITIES TEACHING OF THEME “URTICARIA. QUINCKE'S EDEMA”

Kolesnikova O.L.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The specialties of teaching of the theme “Urticaria. Quincke's edema” are represented in the article. Special attention has been paid to the classification and reviewing of separate types of recurrent urticaria; the diagnostic algorithm with urticaria has been constituted.

Key words: urticaria, Quincke's edema.

УДК 378.147:001.8+616-097-07

РАБОТА В СТУДЕНЧЕСКОМ НАУЧНОМ ОБЩЕСТВЕ КАК ЭТАП ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Колесникова О.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Представлены данные об особенностях научно-исследовательской работы студентов студенческого научного общества кафедры клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии. Описаны формы и виды работы студентов СНО.

Ключевые слова: студенческое научное общество, иммунология.

Важную роль в формировании клинического мышления будущего специалиста играет студенческое научное общество (СНО).

Первым этапом организации научно-исследовательской работы студентов (НИРС) является выбор темы научного исследования. Основным направлением работы СНО кафедры клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии является углубленное изучение иммунопатологии, в частности первичных и вторичных иммунодефицитов, аутоиммунных заболеваний, аллергии и др., и иммунологических методов обследования больного.

Эффективной формой организации НИРС является составление

индивидуальных заданий для студентов, позволяющих более полно реализовать потенциальные возможности студентов с учетом их индивидуальных качеств и целевых установок для будущей научно-исследовательской деятельности. При этом обязательно учитываются индивидуальные потребности студентов в изучении интересующих их научных проблем, соответствие индивидуальных качеств поставленным задачам, перспективность научной тематики для дальнейшей разработки в последипломный период.

В выборе темы НИРС студентам помогает научный руководитель, но и сами студенты определяют для себя тот круг вопросов, которыми они хотят заниматься. Темы НИРС являются конкретными и достаточно узкими. В работе СНО кафедры участвуют имеющие желание и стремление студенты всех факультетов. Формы работы в СНО зависят от индивидуальных предпочтений. Это и подготовка реферативных докладов, и подготовка докладов на основании анализа историй болезни и изучения современного состояния вопроса по литературным источникам, и самостоятельное выполнение клинических работ, в том числе поискового характера, в результате которых могут быть получены новые интересные данные. Лучшие работы, заслушанные на заседаниях СНО в течение года, в последующем представляются на студенческой научной конференции университета.

Сравнение различных видов организации НИРС показывает, что студенты отдают предпочтение индивидуально-групповой работе. При такой организации НИРС 2-4 студента, выполняющие самостоятельные фрагменты исследования по одной и той же теме, образуют группу. Это дает им возможность объединить усилия при проведении исследования и за относительно короткий срок сделать больший объём работы, чем при индивидуальном выполнении. Анализ студенческих работ, подготовленных под руководством сотрудников кафедры и награждённых дипломами на студенческой научной конференции университета, показал, что они выполнялись как группой студентов, так и индивидуально.

Одним из важнейших показателей эффективности работы СНО являются результаты участия студентов во Всеукраинской студенческой Олимпиаде по клинической иммунологии и аллергологии. В течение последних трех лет студенты – члены СНО кафедры занимали призовые места, показывая при этом высокий уровень теоретической подготовки и клинического мышления при решении смтуационных клинических задач. Важным результатом работы в СНО для студентов – будущих врачей является успешное освоение новых перспективных методов диагностики, лечения и профилактики, которые они затем смогут применить в практической деятельности.

Таким образом, работа в СНО делает обучение студента не только разностороннее и интереснее, но и побуждает к пытливости и смелости мысли, желанию непрерывно пополнять свои знания. При этом студенты, занимающиеся в СНО, как правило, успешно сдают итоговый модульный контроль, многие из них продолжают научные исследования в СНО в дальнейшем, а после окончания обучения в ДонНМУ пополняют не только практическое здравоохранение, но и преподавательские кадры.

Резюме. Представлені дані про особливості науково-дослідної роботи студентів студентського наукового товариства кафедри клінічної імунології, алергології та ендокринології. Описано форми та види організації роботи студентів СНТ.
Ключові слова: студентське наукове товариство, імунологія.

THE WORK IN STUDENT SCIENTIFIC SOCIETY AS STEP IN PROFESSIONAL PREPARATION FOR FUTURE DOCTOR

Kolesnikova O.L.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The data about the features of the research work of students Student scientific society of Clinical immunology, allergology and endocrinology is present. We describe the forms and organization of the SSS students.
Key words: students' scientific society, immunology.

УДК 378.147+615.37

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ К РАЦИОНАЛЬНОМУ ПРОВЕДЕНИЮ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ

Костецкая Н.И.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. Рассматриваются основные аспекты проведения вакцинопрофилактики, ее эффективность и перспективы создания и использования вакцин.
Ключевые слова: вакцина, инфекционные заболевания, профилактика, иммунитет

Каждый год массовая вакцинация детей в Украине сопровождается случаями развития осложнений различной степени тяжести, и нет никакой тенденции к снижению их количества. В то же время факторы, превратившие весьма надежный еще в недалеком прошлом способ борьбы с опасными инфекционными болезнями в некую разновидность русской рулетки, остаются вне поля зрения ученых и не обсуждаются в научной печати. Более того, с их стороны нет даже потребности в использовании в полной мере уже имеющихся научных данных, позволяющих понять причины наметившейся тенденции к утяжелению последствий массовой вакцинации. Остановимся подробнее на некоторых из этих факторов.

-Эпидемиологическая обстановка в стране - сегодня мы рождаемся, живем, болеем в условиях протекания двух взаимосвязанных пандемий: ВИЧ/СПИДа и туберкулеза,

- Недостаток научных знаний о вакцинальном процессе - о феномене иммунологического импринтинга, антителозависимого усиления инфекции.

- Человеческий фактор – недостаточный уровень подготовки педиатров и неонатологов к проведению вакцинации, умение вовремя предотвратить ее последствия или свести к минимуму.

Наиболее важными из мер по предупреждению возможных последствий вакцинации являются следующие:

1. Все дети перед проведением вакцинации нуждаются в определении титра исходного уровня антител по отношению к антигенам, содержащимся в вакцине.

2. Всем детям перед вакцинацией проводить скрининг на наличие ВИЧ,

определение степени активности герпесвирусов, состояние по тубинфицированию.

3. При проведении массовой вакцинации необходимо учитывать наличие феноменов антигенного импринтинга и антителозависимого усиления инфекции.

4. Перед вакцинацией установить степень эффективности функционирования Т и В-составляющих иммунной системы, а также полноценность фагоцитоза, наличие дефекта рецептора R1 интерферона-гамма и дефицит интерлейкина-12 и его рецептора.

Резюме. Розглядаються основні аспекти проведення вакцинопрофілактики, її ефективність та перспективи створення і використання вакцин.

Ключові слова: вакцина, інфекційні захворювання, профілактика, імунітет

ACTUAL ASPECTS OF PREPARING STUDENTS FOR RATIONAL CONDUCT VACCINATION

Kostetskaya N.I.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Resume. Examines the main aspects of vaccinal prevention, its effectiveness and prospects of creation and use of vaccines.

Keywords: vaccines, infectious diseases, prevention, immunity.

УДК 378.147:616-097

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ ИММУНОКОМПЛЕКСНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ

Костецкая Н.И.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. Рассматриваются современные подходы к диагностике иммунокомплексных проявлений лекарственной аллергии.

Ключевые слова: аллергические реакции, диагностика, иммунитет, лекарственные препараты

Лекарственная аллергия (ЛА) относится к осложнениям лекарственной терапии, развитие которых опосредовано иммунными механизмами. Она представляет собой серьезное самостоятельное заболевание, имеющее свои этиологию, патогенез, клинику, методы диагностики, лечения и профилактики. Известно, что ЛА может развиваться на введение практически любого лекарственного средства (ЛС), но механизмы развития гиперчувствительности к ЛС различны и включают в себя реакции анфилактического, цитотоксического, иммунокомплексного, замедленного и смешанного типов.

К наиболее серьезным иммунокомплексным проявлениям ЛА относятся сывороточная болезнь, феномен Артюса, васкулиты, лекарственноиндуцированный волчаночный синдром, гломерулонефрит, аллергический артрит, лекарственная лихорадка (может развиваться по клеточноопосредованному или иммунокомплексному типу ЛАР), экзантемы, тромбоцитопения и агранулоцитоз.

Развитие ЛАР иммунокомплексного типа чаще связано с применением пенициллинов и других антибиотиков, различных сывороток, вакцин,

сульфаниламидных препаратов, нестероидных противовоспалительных средств пиразолонового ряда, анестетиков, парааминосалициловой кислоты, моноклональных антител, которые использовались у онкологических больных с целью иммуномодулирующей терапии.

Лекарственноиндуцированный волчаночный синдром, или лекарственный синдром красной волчанки также относится к системным проявлениям ЛАР иммунокомплексного типа. Чаще всего он возникает при применении гидралазина, прокаинамида, гуинидина, дифенина, пеницилламина, изониазида, интерферонаальфа, метилдопы, хлорпромазина, практолола, аминазина, фенитоина, карбамазепина. В результате взаимодействия с указанными препаратами нуклеиновые кислоты приобретают иммуногенные свойства с последующим образованием антинуклеарных антител.

Аллергический васкулит могут вызывать пенициллины, сульфаниламиды (в т.ч. тиазидные диуретики), тетрациклины, цефалоспорины, аллопуринол, димедрол, бутадион, индометацин, йодиды, изониазид, мепробамат, дифенин, фенотиазины, пропранолол, барбитураты, новокаин, хинин, препараты золота.

Аллергический артрит может быть изолированным клиническим проявлением ЛАР иммунокомплексного типа, а также сопровождать развитие сывороточной болезни, лекарственноиндуцированного волчаночного синдрома, системного аллергического васкулита, реже — анафилактического шока, отека Квинке и других клинических проявлений ЛА, возникает чаще при применении антибиотиков пенициллинового ряда, сульфаниламидов, пиразолоновых производных. Описаны отдельные случаи возникновения артрита при приеме изониазида, норфлоксацина, хинидина, левамизола.

Лекарственная лихорадка, как клиническое проявление ЛА, совпадает по времени с применением препарата и которая проходит после его отмены, если нет других причин, объясняющих ее возникновение.

Диагностика ЛАР иммунокомплексного типа проводится по общим принципам диагностики прочих аллергических заболеваний. Важное значение при этом имеет тщательно и правильно собранный аллергологический (в т.ч. фармакологический) анамнез, который позволяет заподозрить развитие ЛА, составить определенное представление об аллергене (сыворотка, вакцины, иммуноглобулины, ЛС, способные вызвать развитие этого типа реакции), правильно обосновать последующие этапы аллергологического обследования.

Таким образом, иммунокомплексные проявления лекарственной аллергии относятся к нередким, но недостаточно хорошо диагностируемым проявлениям лекарственной болезни, требующим специфических подходов к их выявлению, лечению и профилактике.

Резюме. Розглядаються сучасні підходи до діагностики імунокомплексних проявів лікарської алергії.

Ключові слова: алергічні реакції, діагностика, імунітет, лікарські препарати

MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS IMMUNOCOMPLEX MANIFESTATIONS OF DRUG ALLERGY

Kostetskaya N.I.
Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Summary. Discusses current approaches to diagnosis immune complex manifestations of drug Allergy.
Key words: allergic reactions, diagnostics, immunity, medicines

УДК 378.147:616-097-08-084

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ АЛЛЕРГОЛОГИИ

Костецкая Н.И.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. Рассматриваются современные аспекты аллергологии при проведении лечения и протезирования зубов.
Ключевые слова: полимерные материалы, фотокомпозиты, аллергические реакции, профилактика, иммунитет.

Широкое использование местных анестетиков, различных веществ и материалов в стоматологии привели к нарастанию частоты нежелательных реакций на местные анестетики, пластмассы, металлы, слепочные массы и другие материалы, использующиеся в стоматологии.

Применение местных анестетиков, акриловых пластмасс, помещенных в полость рта, сплавов металлов, используемых в зубном протезировании, материалов для пломбирования корневых каналов, композитов светового отверждения, веществ, выделяемых из латексных изделий, используемых в стоматологии, может вызывать развитие аллергических реакций по анафилактическому типу, проявляющихся отеком Квинке, крапивницей, приступом бронхиальной астмы, шоком. Установление стоматологического статуса «аллергия» возможно с использованием специализированных проб – кожно-аллергических тестов. Их проведение возможно только в аллергологических кабинетах специально обученным персоналом под наблюдением врача - аллерголога.

Однако и врачи, и пациенты должны знать, что подобранные по результатам проб стоматологические материалы, на которые в данный момент нет реакции, в последующем (через неделю, месяц, год и т.д.) могут вызвать сенсибилизацию и развитие аллергии.

В большинстве своем стоматологические материалы и их составные элементы являются неполными аллергенами — так называемыми гаптенами, которые могут преобразовываться в полноценные аллергены в результате соединения с собственным белком и получать способность к сенсибилизации, степень которой зависит от дозировки материала.

Аллергизация организма при постоянном контакте с материалами приводит к изменению состояния иммунной системы. В последние годы уделяется большое внимание изучению уникальных свойств слюны и определением состояния иммунного статуса по показателям содержания в ротовой жидкости секреторного иммуноглобулина А после использования различных стоматологических материалов.

Таким образом, при проведении различных стоматологических вмешательств очень важное значение имеет определение аллергенных свойств используемых материалов для профилактики развития аллергических, токсических и инфекционных осложнений у пациентов

Резюме. Висвітлюються сучасні методи алергології при проведенні лікування та протезування зубів.

Ключові слова: полімерні матеріали, фотокомпозіти, алергічні реакції, профілактика, імунітет.

EXPERIENCE IN THE USE OF MODERN TECHNOLOGIES IN TEACHING STUDENTS OF STOMATOLOGICAL FACULTY ACTUAL QUESTIONS OF ALLERGOLOGY

Kostetskaya N.I.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Resume. Covers modern methods of Allergy during the treatment and prosthetics of teeth.

Key words: polymeric materials, fotokunst, allergic reactions, prevention, immunity.

УДК 614.212:616-053.2

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ СТУДЕНТАМ ДРУГОГО КУРСУ ТЕМИ «СТРУКТУРА ДИТЯЧИХ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ, ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ЇХ РОБОТИ.» З МОДУЛЮ «ДОГЛЯД ЗА ХВОРОЮ ДИТИНОЮ» НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ

Конюшевська А.А., Кривущев Б.І.
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Резюме. У статті викладена методика вивчання на кафедрі пропедевтики педіатрії теми «Структура дитячих лікувально-профілактичних закладів, особливості організації їх роботи». Представлені цілі заняття, уміння, які необхідні для досягнення цілі. Описана етапність проведення заняття.

Ключові слова: Загальний догляд за дітьми, Болонська система, методика викладання.

Для надання медичної допомоги населенню в нашій країні створено широку мережу лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) як державної, так і приватної системи охорони здоров'я. Основні принципи і зміст роботи медичних робітників у різних ЛПУ суттєво відрізняється. Кожен медичний працівник повинен знати призначення всіх ЛПУ в проведенні лікувальних і профілактичних заходів. Важливе значення мають організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів. Ефективність лікування і догляду за пацієнтами визначають не лише рівень професійних знань та умінь медичних працівників. Моральні якості медичних працівників мають не менше значення в їх діяльності. Специфіка медицини, що суттєво відрізняється від інших видів людської діяльності, полягає насамперед у необхідності постійного, щоденного, щогодинного спілкування медичного персоналу з пацієнтом. Тому етика та деонтологія займають важливе місце у клінічній педіатрії. Вивчання цієї теми є досить актуальним.

Заняття на кафедрі проводяться за кредитно-модульною системою. Загальною метою заняття є навчитися володіти прийомами і методами загального і спеціального догляду за хворою дитиною, вміти виконувати

лікувально-охоронний режим, санітарно-протиепідемічний режим лікувально-профілактичних закладів, соблюдати етику і деонтологію.

Для досягнення загальної мети студенту необхідно вміти:

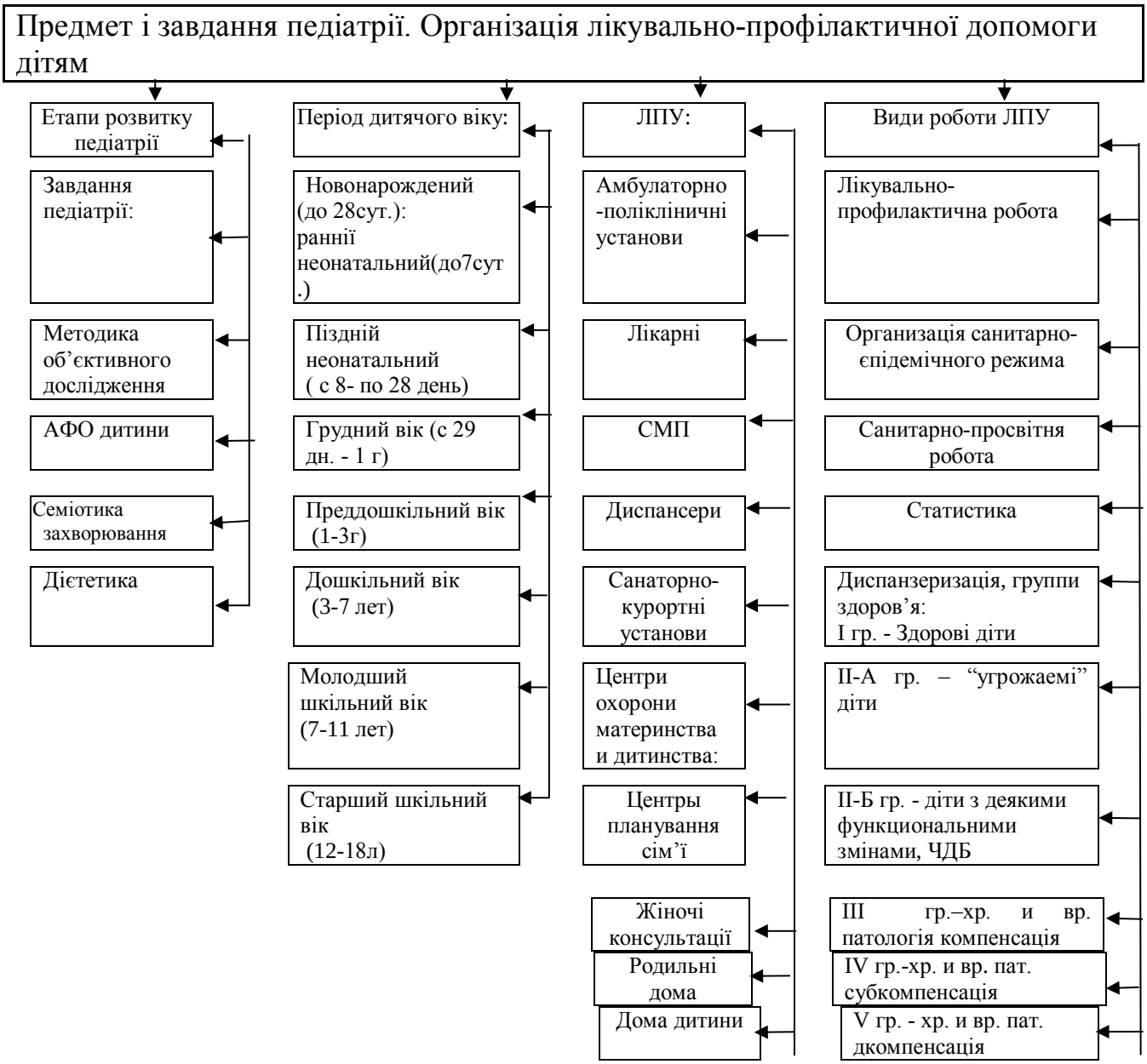
1. Оволодіти прийомами і методами обстеження, загального і спеціального догляду за хворими дітьми. Знати: основні принципи догляду, забезпечення щадного для психіки пацієнта режиму, дотримання внутрішнього розпорядку дня, забезпечення режиму раціональної фізичної (рухової) активності.
2. Вміти контролювати виконання рухових режимів у відділенні - суворого постільного, постільного, палатного, загального (позапалатного) режимів.
3. Уміти: здійснити санітарне оброблення хворого; заповнити документацію під час прийому пацієнта; провести огляд пацієнта для виявлення корости та педикульозу; провести санітарну обробку хворих на коросту та педикульоз; провести повну і часткову санітарну обробку пацієнта; здійснити транспортування пацієнта до лікувального відділення.
4. Знати основні статистичні показники діяльності дитячих лікувально-профілактичних закладів.
5. Знати: етичні та деонтологічні принципи роботи медичного персоналу в дитячих ЛПУ.

Теоретичні запитання, на які повинен відповідати студент: 1. Назвить типи ЛПУ та напрямки їхньої діяльності. Обговоріть основні функції таких типів ЛПУ: лікарень, диспансерів, амбулаторій, станцій швидкої допомоги та інш. Обговоріть основні напрямки діяльності медичного персоналу в різних типах ЛПУ. 2. Лікувально-охоронний режим у відділенні. Охарактеризуйте основні елементи лікувально-охоронного режиму: забезпечення щадного для психіки пацієнта режиму, дотримання внутрішнього розпорядку дня, забезпечення режиму раціональної фізичної (рухової) активності. 3. Які є режими фізичної (рухової) активності пацієнтів? Охарактеризуйте: суворий постільний, постільний, палатний, загальний (позапалатний) режими. 4. Охарактеризуйте санітарно-протиепідемічний режим, його призначення, засоби досягнення. Виявлення корости та педикульозу; проведення санітарної обробки хворих на коросту, педикульоз; проведення повної і часткової санітарної обробки пацієнта; здійснення транспортування пацієнта до лікувального відділення. 5. Які основні статистичні показники діяльності дитячих лікувально-профілактичних закладів ви знаєте? 6. Етика та деонтологія в клінічній педіатрії.

На початку заняття викладач озвучує актуальність теми, мету заняття. Після чого проводиться тестовий контроль на початковий рівень знань студентів. Викладач знайомить студентів з структурою та функціями різних типів ЛПУ та напрямками їхньої діяльності. Обговорюються основні функції таких типів ЛПУ: лікарень, диспансерів, амбулаторій, станцій швидкої допомоги. Обговорюються основні напрямки діяльності медичного персоналу в різних типах ЛПУ. Охарактеризуються основні елементи лікувально-охоронного режиму: забезпечення щадного для психіки пацієнта режиму, дотримання внутрішнього розпорядку дня, забезпечення режиму раціональної фізичної (рухової) активності (суворий постільний, постільний, палатний,

загальний - позапалатний режими), призначення та засоби досягнення санітарно-протиепідемічного режиму, виявлення корости та педикульозу; проведення санітарної обробки хворих на коросту, педикульоз; проведення повної і часткової санітарної обробки пацієнта; здійснення транспортування пацієнта до лікувального відділення. Розбираються основні статистичні показники діяльності дитячих лікувально-профілактичних закладів, елементи етики та деонтології в клінічній педіатрії. Далі слідує самостійна робота студентів у відділенні по закріпленню розібранного матеріалу. Потім виконується тестовий контроль завершального рівня знань студентів. Далі проводиться аналіз і підведення підсумків практичного заняття. Студенти отримують дві оцінки за заняття (оцінка за тестовий контроль рубежу і за практичні навички).

Приводимо граф логічної структури теми заняття «Принципи організації лікувально-профілактичної допомоги дітям в Україні».



ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ СТУДЕНТАМ ВТОРОГО КУРСА ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ «СТРУКТУРА ДЕТСКИХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ИХ РАБОТЫ» ЦИКЛ «УХОД ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ» НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ

Конюшевская А.А., Кривущев Б.И.

Резюме. В статье изложена методика преподавания на кафедре пропедевтики педиатрии темы занятия «Структура детских лечебно-профилактических учреждений, особенности организации их работы». Представлены цели занятия, умения, необходимые для достижения цели. Описана этапность проведения занятия.

Ключевые слова: Общий уход за детьми, Болонская система, методика преподавания.

FEATURES OF TEACHING STUDENTS OF THEME ARE "THE STRUCTURE OF CHILDREN'S MEDICAL-PREVENTIVE ESTABLISHMENTS. THE PECULIARITIES OF ORGANIZATIONS OF THEIR WORK." ON CYCLE OF "NURSING IN PAEDIATRICS"

Konyshevskaya A., Krivushchev B.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. In the article methodology of teaching of theme is expounded "The Structure of children's medical-preventive establishments. The peculiarities of organizations of their work". The aims of employment, abilities necessary forgaining end, are presented. Stage of realization of employment is described.

Key words: general duty nursing of children, Bologna process, teaching process.

УДК 614.3/4+616-053.2-083:378.147

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ СТУДЕНТАМ ДРУГОГО КУРСУ ТЕМИ «ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНОГО ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМІВ У ЛІКАРНІ» З МОДУЛЮ «ДОГЛЯД ЗА ХВОРОЮ ДИТИНОЮ» НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ

Конюшевська А.А., Ярошенко С. Я. ,
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Резюме. У статті викладена методика вивчання на кафедрі пропедевтики педіатрії теми «Організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів у лікарні». Представлені цілі заняття, уміння, які необхідні для досягнення цілі. Описана етапність проведення заняття.

Ключові слова: Загальний догляд за дітьми, Болонська система, методика викладання.

Для надання медичної допомоги населенню в нашій країні створено широку мережу лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) як державної, так і приватної системи охорони здоров'я. Важливе значення мають організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів. Профілактика внутрішньолікарняної інфекції не тільки в Україні, але й в усьому світі є актуальною проблемою охорони здоров'я в медичному, соціальному й економічному аспектах. Важливу роль у профілактиці внутрішньолікарняної інфекції відіграє сестринський персонал. Вивчання цієї теми є досить актуальним.

Заняття на кафедрі проводяться за кредитно-модульною системою. Загальною метою заняття є навчитися виконувати санітарно-гігієнічний та

протиепідемічний режими у дитячих лікувально-профілактичних закладах.

Для досягнення загальної мети студенту необхідно вміти:

1. Здійснити санітарне оброблення хворого;

2. Провести огляд пацієнта для виявлення корости та педикульозу; провести санітарну обробку хворих на коросту та педикульоз;

3. Здійснити передстерилізаційне очищення інструментарію, здійснити стерилізацію;

4. Готувати дезінфекційні розчини;

5. Проводити дезінфекцію предметів, посуду.

Теоретичні запитання, на які повинен відповідати студент:

1. Визначення поняття «санітарно-гігієнічний та протиепідемічний режими», його призначення, засоби досягнення;

2. Визначення поняття «внутрішньолікарняна інфекція», причини її виникнення, профілактика;

3. Види і методи дезінфекції і стерилізації, їх характеристика;

4. Виявлення корости та педикульозу; проведення санітарної обробки хворих на коросту, педикульоз; проведення повної і часткової санітарної обробки пацієнта;

5. Особливості роботи з ВІЛ-інфікованими пацієнтами;

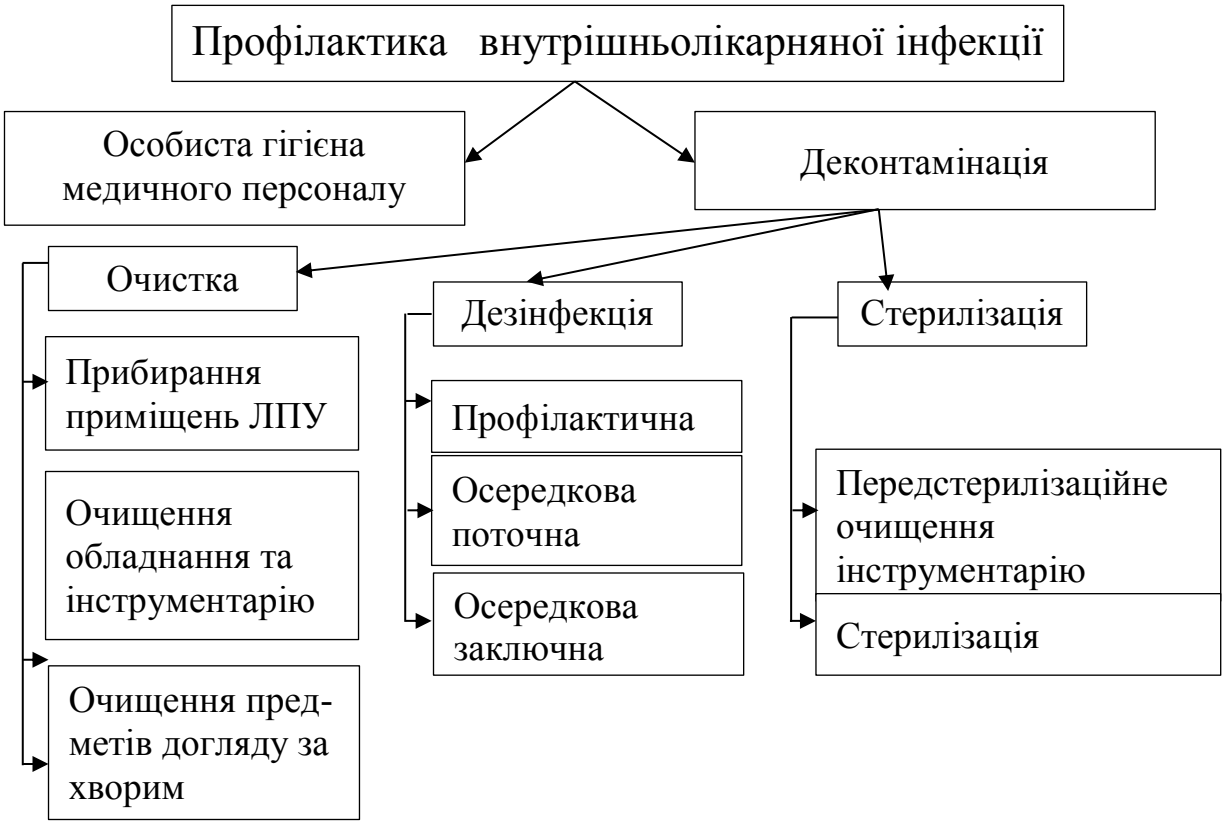
6. Накази, інструкції, методичні вказівки МОЗ України, обласного управління охорони здоров'я, що стосуються санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів.

На початку заняття викладач озвучує актуальність теми, мету заняття. Після чого проводиться тестовий контроль на початковий рівень знань студентів. Викладач дає визначення поняттю «санітарно-гігієнічний та протиепідемічний режими», його призначення, засоби досягнення; визначає поняття «внутрішньолікарняна інфекція», причини її виникнення, профілактика. Обговорюються основні види і методи дезінфекції і стерилізації, проводиться їх характеристика. Обговорюються головні напрямки виявлення корости та педикульозу; проведення санітарної обробки хворих на коросту, педикульоз; проведення повної і часткової санітарної обробки пацієнта.

Особиста увага звернена на особливості роботи з ВІЛ-інфікованими пацієнтами. Розбираються основні накази, інструкції, методичні вказівки МОЗ України, обласного управління охорони здоров'я, що стосуються санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режимів.

Далі слідує самостійна робота студентів у прийомному відділенні та стаціонарних відділеннях лікарні по закріпленню розібранного матеріалу. Потім виконується тестовий контроль завершального рівня знань студентів. Далі проводиться аналіз і підведення підсумків практичного заняття. Студенти отримують дві оцінки за заняття (оцінка за тестовий контроль рубежу і за практичні навички).

Граф логічної структури теми «ОРГАНІЗАЦІЯ САНІТАРНО-ГІГІЄНІЧНОГО ТА ПРОТИЕПІДЕМІЧНОГО РЕЖИМІВ У ЛІКАРНІ»



ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ СТУДЕНТАМ ВТОРОГО КУРСА ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ «ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОГО И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО РЕЖИМОВ В БОЛЬНИЦЕ», ЦИКЛ «УХОД ЗА БОЛЬНИМ РЕБЕНКОМ» НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ

Конюшевская А.А., Ярошенко С. Я.

Резюме. В статье изложена методика преподавания на кафедре пропедевтики педиатрии темы занятия «Организация санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в больнице». Представлены цели занятия, умения, необходимые для достижения цели. Описана этапность проведения занятия.

Ключевые слова: Общий уход за детьми, Болонская система, методика преподавания.

FEATURES OF TEACHING STUDENTS OF THE SECOND COURSE OF THEME ARE "THE SANITARY AND HYGIENIC AND ANTIEPIDEMIC REGIMEN IN A PEDIATRIC DEPARTMENT" ON CYCLE OF "NURSING IN PAEDIATRICS"

Konyshevskaya A., Yaroshenko S.,
Donetsk national medical university named after M.Gorky

Summary. In the article methodology of teaching of theme is expounded "The sanitary and hygienic and antiepidemic regimen in a pediatric department". The aims of employment, abilities necessary forgaining end, are presented. Stage of realization of employment is described.

Key words: general duty nursing of children, Bologna process, teaching process.

УДК 614.255.4:378.146/.147(477)

ЦЕНТР ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ КАК ВАЖНОЕ ЗВЕНО СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ БУДУЩИХ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ СОГЛАСНО СТАНДАРТАМ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ УКРАИНЫ

Кривущев Б.И., Абилова Е.И., Тюрина А.С.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра пропедевтики педиатрии

Резюме. Для выполнения программы профессиональной подготовки студентов согласно стандартам высшего медицинского образования необходимо в комплексе с другими методами обучения использовать симуляционные.

Ключевые слова: Центр практической подготовки, медицинское образование

Проблемы реформирования амбулаторно-поликлинической помощи населению волнуют всю медицинскую общественность Украины. И неудивительно: на догоспитальном этапе начинают и заканчивают лечение около 80% больных, соответственно именно здесь сосредоточена значительная часть медицинских кадров. Фундаментом не только амбулаторно-поликлинической, но и всей медицинской помощи является первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), которая вносит значительный вклад в формирование общественного здоровья, несет наибольшую ответственность за его утрату, определяет рациональное и эффективное использование ресурсов охраны здоровья и удовлетворенность населения состоянием медицинского обеспечения.

Квалифицированный семейный врач способен самостоятельно решить множество проблем пациентов на стадии оказания первичной помощи: лечить в амбулаторно или в дневном стационаре, проводить профилактическую работу, организовать уход за неизлечимыми больными [1, 2].

Советом Европейской Академии преподавателей общей врачебной практики (EURACT) подготовлены "Рекомендации к созданию программы учебы специалистов по общей врачебной практике - семейной медицине". Последние утверждены на Европейской региональной конференции WONCA в Амстердаме в июне 2004 г. [3, 4].

В Украине по стандарту последипломной профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием, получить специальность «общая практика - семейная медицина» могут выпускники лечебного и педиатрического факультетов, получившие диплом врача и окончившие 2-х годичную интернатуру по специальности «общая практика - семейная медицина». Семейный врач должен быть разносторонне подготовлен не только по вопросам терапии (имеется в виду специальность) и педиатрии, но и неврологии, офтальмологии, хирургии, психиатрии и других разделов медицины. Он должен ориентироваться в области медицинской психологии, законодательстве об охране здоровья, социальной защите семей.

Особое значение имеет качество освоения будущим врачом семейной медицины практических навыков, манипуляций, необходимых как в

повседневной диагностической и лечебной деятельности, так и в случаях оказания экстренной помощи при неотложных состояниях [2,3].

Традиционные методы обучения практическим навыкам в последние годы не достаточно эффективны и тому есть несколько причин:

1. Не всегда достаточное обеспечение кафедр муляжами и тренажерами, особенно в случаях одновременного обучения нескольких групп студентов;
2. Дефицит тематических пациентов на клинической базе кафедры;
3. Частые отказы пациентов от осмотра и обследования студентами (даже в присутствии преподавателя);
4. Определенные трудности в общении англоязычных студентов с больными;
5. Отсутствие мотивации руководства государственных медицинских учреждений к проведению полноценного учебного процесса на их территории.

Эти недостатки умений будущего врача могут привести к очень печальным последствиям. Поэтому закономерно, что одним из главных направлений в сфере высшего медицинского образования является необходимость значительного усиления практического аспекта подготовки будущих врачей при сохранении должного уровня теоретических знаний.

В этой связи появление возможностей в организации фантомного и симуляционного обучения студентов выступает как необходимое направление в учебном процессе. Методики такого вида обучения в медицине известны с 80-х годов XX века [5, 6]. Использование симуляторов, манекенов, фантомов позволяет многократно отрабатывать определенные упражнения и действия при обеспечении своевременных, подробных профессиональных инструкций в ходе работы [7]. Симуляторы дают возможность адаптировать учебную ситуацию под каждого обучающегося, так как могут многократно и точно воссоздать необходимые клинические сценарии.

С целью повышения эффективности обучения практическим навыкам и умениям в ДНМУ им. М. Горького в 2012 году был создан Центр практической подготовки студентов. Занятия в Центре проводятся в отдельных оборудованных аудиториях для каждой из дисциплин – хирургия, педиатрия, терапия, урология, акушерство и гинекология.

Педиатрический профиль Центра закреплен за нашей кафедрой пропедевтики педиатрии. Занятия проводятся для студентов третьих курсов медицинских факультетов в течение семестра, в 2 смены. Каждая группа студентов посещает Центр в течение семестра дважды.

На первом занятии студенты осваивают такие манипуляции, как очистительная и сифонная клизма, промывание желудка, постановка газоотводной трубки; практикуют проведение первичного туалета новорожденного. На втором – учатся и закрепляют навыки оказания первой доврачебной помощи при остановке дыхания и сердца; практикуют регистрацию ЭКГ; осваивают технику выполнения в/м, п/к и в/к инъекций. Для каждого изучаемого навыка в Центре имеются соответствующие симуляторы, манекены, фантомы и дополнительное оснащение.

Занятие длится 4 часа и включает проверку исходного уровня знаний студентов при помощи тестового контроля, обсуждения теоритической части, подробный инструктаж до и во время выполнения практических навыков с последующей оценкой работы. Большое значение уделяется практической части занятия, в ходе которой каждый навык студент отрабатывает по несколько раз под контролем преподавателя до полной правильности выполнения. Это необходимо для того, чтобы обучающийся чувствовал себя увереннее при работе с пациентами, т.е. учебный процесс в Центре строится таким образом, чтобы студент к моменту перехода на клинические кафедры в полном объеме освоил в теории и отработал на манекенах и симуляторах манипуляции и клинические приемы согласно требованиям государственных образовательных стандартов.

Работа центра позволяет повысить качество обучения будущего врача общей практики/семейной медицины за счет:

1. Приобретения практических навыков без риска для пациента;
2. Отсутствия стрессовой ситуации для студента и пациента;
3. Многократности отработки практических навыков с целью устранения ошибок;
4. Возможности изучения редких патологий, состояний, вмешательств.

Таким образом, Центр практической подготовки студентов представляется нам не только как важное звено системы обучения будущих врачей, но и как один из механизмов, запускающих и формирующих клиническое мышление обучающихся на высоком профессиональном уровне. Следовательно, для того, чтобы умения будущих специалистов полностью соответствовали государственным стандартам медицинского образования необходимо стремиться к дальнейшему исследованию и усовершенствованию Центра.

Литература:

1. Латишев Є. Є. Нормативно-правове та кадрове забезпечення розвитку інституту сімейної медицини / Є. Є. Латишев, В. М. Михальчук, Н. В. Марчук. – Київ, 2004. – 87 с.

2. Типовий навчальний план та програма інтернатури випускників медичних вищих навчальних закладів освіти III – IV рівнів акредитації за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина» / Г. І. Лисенко, Ю. Г. Кияк, В. К. Гринь [та ін.]. − Київ, 2011. – 76 с.

3. Україна. Міністерство охорони здоров’я. Про затвердження тимчасових державних соціальних нормативів надання медичної допомоги за спеціальністю «загальна практика – сімейна медицина» : наказ № 191 від 05.05.2003 р. [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040505_191.html

4. Україна. Закон. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві [Електронний ресурс]. − Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/3612-17

5. Cooper J.B., Taqueti V.R. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training // Postgrad Med J. - 2008. - №84 (997). - P. 563-570.

6. Pratt D.D. Five Perspectives on Teaching in Audit and Higher Education // Melbourne, FL Krieger Publishing Co. - 1998. - №83. - P. 103.

7. Clinical simulation: importance to the internal medicine educational mission / P.E. Ogden, L.S. Cobbs, M.R. Howell, S.J. Sibbitt, D.J. Di-Pette // Am J Med. - 2007. - № 120 (9). - P. 820-824.

Резюме. Для виконання програми професійної підготовки студентів согласно стандартам вищої медичної освіти необхідно в комплексі з іншими методами навчання використовувати симуляційні.

Ключові слова: Центр практичної підготовки, медична освіта

CENTER OF PRACTIKAL PREPARATIONS FOR STUDENTS AS AN IMPORTANT PART OF THE SYSTEM, TRAINING FUTURE GENERAL PRACTITIONERS / FAMILY MEDICINE PURSUANT TO HIGHER MEDICAL EDUCATION IN UKRAINE

Krivuschev B.I., Abilova E.I., Tyurina A.S.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. To run a program training students according to the standards of medical education is necessary in conjunction with other methods of learning to use simulation.

Keywords: Center of practical training, medical education

УДК 616.248-053.2:378.147

МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ» СТУДЕНТАМ IV КУРСА МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ.

Курышева О.А., Налетов А.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье изложены особенности преподавания темы «Бронхиальная астма у детей». Особое внимание уделено классификации, клиническим проявлениям бронхиальной астмы, составлен алгоритм лечения данной патологии.

Ключевые слова: бронхиальная астма, диагностика, лечение.

Бронхиальная астма – одно из самых тяжелых заболеваний у детей с наследственной предрасположенностью. У большей части взрослых данное заболевание начинается в детстве. Во всех странах мира в течение последние 20-30 лет отмечается значительный рост заболеваемости бронхиальной астмой (распространенность ее в Украине среди детей составляет 0,2-1 %), при этом наблюдается более тяжелое течение, появление гормонзависимых форм и неблагоприятных последствий болезни, ранняя инвалидизация детей и подростков.

Бронхиальная астма – это хроническое заболевание органов дыхания, в основе которого лежит аллергическое воспаление и гиперреактивность бронхов. Проявляется бронхиальная астма приступами удушья, обусловленными бронхообструкцией, которая развивается в результате отека

слизистой оболочки бронхов, гиперсекреции слизи и бронхоспазма.
Хроническое аллергическое воспаление при бронхиальной астме характеризуется длительным течением с периодами обострения и ремиссии, что, в свою очередь, приводит к утолщению бронхиальной стенки и сужению просвета бронхов – ремодуляции.

С целью совершенствования методики изучения наиболее распространенных соматических заболеваний у детей нами разработано учебное пособие для студентов IV курсов медицинских факультетов. Учебное пособие разработано соответственно требованиям «Методичних рекомендацій щодо структури, змісту та обсягів підручників і навчальних посібників для вищих навчальних закладів і порядок надання навчальній літературі грифів Міністерства освіти і науки України» (Київ, 2008) и реализует систему программно - целевого управления качеством подготовки специалистов. Граф логической структуры темы и лечебно-диагностические алгоритмы способствуют усвоению студентами разделов учебной темы в их логической связи. Данное пособие позволяет студентам при подготовке к практическим занятиям оценить степень своей готовности к занятиям, исходя из результатов решения тестовых заданий.

Согласно степени тяжести выделяют следующие ступени: интермиттирующая или эпизодическая бронхиальная астма, персистирующая легкая, персистирующая среднетяжелая, персистирующая тяжелая. Периоды заболевания: обострение и ремиссия. По форме: атопическая (экзогенная), неатопическая (эндогенная**).** Осложнения: астматическое состояние, подкожная эмфизема, медиастинальная эмфизема, пневмоторакс, хроническая эмфизема легких и др.).

Бронхиальная астма характеризуется периодически повторяющимися приступами удушья (периодами обострения). Клиника приступного периода: чаще начинается ночью, жалобы на затрудненное дыхание (выдох), сухой непродуктивный кашель, вынужденное положение (фиксация плечевого пояса), экспираторная одышка, шумное свистящее дыхание, выдох удлинен, обилие рассеянных сухих «музыкальных» (разной высоты) свистящих и жужжащих хрипов. Приступ может длиться от 30-40 минут до нескольких часов и даже дней. Приступ заканчивается отхождением светлой мокроты.

Вариантом приступа бронхиальной астмы является астматическое состояние. Критерием его является некупирующийся приступ бронхиальной астмы длительностью 6 и более часов. Основой патогенеза является полная блокада бета 2-адренорецепторов.

В основу организационно - методических указаний по изучению темы положены «Граф логичной структуры темы бронхиальная астма у детей»» и «Алгоритм лечения приступа бронхиальной астмы у детей».

Указанные методические подходы к вопросам диагностики и лечения бронхиальной астмы у детей позволяют значительно повысить знания студентов в вопросах наиболее распространенных соматических заболеваний у детей.

Резюме. У статті представлені особливості викладання теми «Бронхіальна астма у дітей». Особливу увагу приділено класифікації, клінічним проявам бронхіальної астми, складено алгоритм діагностичних та лікувальних заходів при даному стані.

Ключові слова: бронхіальная астма, діагностика, лікування.

METHODOLOGICAL ASPECTS OF TEACHING TOPIC "ASTHMA IN CHILDREN" FOR FOURTH YEAR STUDENTS OF FACULTY OF MEDICINE.

Kurysheva O.A, Nalyotov A.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The features of the theme "Asthma in children" are represented in the article. Special attention has been paid to the classification and clinical manifestations of asthma, an algorithm of diagnostic and therapeutic measures in this state.

Key words: asthma, diagnosis, treatment.

УДК 378.147:616-018.25-097

ОПЫТ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ПО ТЕМЕ «ИММУНОЛОГИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК»

Лесниченко Д.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Приведены сведения о преподавании темы для внеаудиторной подготовки студентов 3 курса стоматологического факультета "Иммунология слизистых оболочек" на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии. Представлены цели, умения, необходимые для достижения целей, а также ключевые вопросы изучения темы.

Ключевые слова: иммунология, слизистые оболочки, Болонская система, педпроцесс.

Слизистые оболочки, прежде всего ЖКТ и органов дыхания, кожа является основным местом контакта организма с внешней средой. Человеческий организм владеет многими неспецифичными и специфическими механизмами, которые защищают слизистые извне. Доминирующую роль в этом выполняет система иммунитета, связанная со слизистыми оболочками. Хорошо известно, что при одонтогенной инфекции, вызываемой различными возбудителями, часто наблюдается неадекватный иммунный ответ организма, поэтому при планировании комплексного лечения больных с инфекционно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области необходимо включать мероприятия по оптимизации реактивности организма.

Поэтому становится очевидна актуальность изучения особенностей иммунной системы слизистых оболочек, в частности ротовой полости. На кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького ведется преподавание клинической иммунологии и аллергологии на 3 курсе стоматологического факультета. Одной из тем для внеаудиторной подготовки студентов и является «Иммунология слизистых оболочек».

Общей целью занятия является изучение основных механизмов иммунной защиты слизистых оболочек как входных ворот возбудителей инфекционных болезней человека.

В свою очередь, для достижения общей цели студенту необходимо уметь:

1. Изучить суть понятия лимфоидная ткань, ассоциированная со слизистыми оболочками;
2. Изучить принципы функционирования иммунной системы, ассоциированной с ротовой полостью;
3. Изучить основные механизмы миграции иммунокомпетентных клеток во время реализации реакции местного иммунитета;
4. Изучить механизм секреции секреторного иммуноглобулина класса А;
5. Ознакомиться с функциональным назначением γ/δ Т-Лимфоцитов;
6. Ознакомиться с феноменом пероральной иммунной толерантности;

Особое внимание уделяется изучению специфических факторов иммунитета, в частности, структуре и функции секреторного иммуноглобулина А - одного из важных механизмов антибактериальной защиты полости рта. Разбирается механизм защитного действия указанного фактора резистентности слизистых, рассматриваются изменения его секреции при различной патологии ротовой полости.

Работа по указанной теме проводится студентами самостоятельно в свободное от занятий время. Для координации изучения темы студенты получают методические указания, разработанные сотрудниками кафедры. В указаниях содержаться цели и задачи, которых студент должен достичь за время изучения темы, перечень необходимых литературных источников. В качестве контролирующего элемента представлены тестовые задания для проверки исходного уровня и закрепления усвоенных знаний.

Особое внимание уделяется изучению специфических факторов иммунитета, в частности, структуре и функции секреторного иммуноглобулина А - одного из важных механизмов антибактериальной защиты полости рта. Разбирается механизм защитного действия указанного фактора резистентности слизистых, рассматриваются изменения его секреции при различной патологии ротовой полости.

Таким образом, при самостоятельном изучении указанной темы используется комплексный подход к обучению, включающий в себя как использование методических материалов, так и проверку знаний с помощью тестовых заданий, что позволяет добиться качественного усвоения материала и обеспечивает контроль над ним.

Резюме. Наведено відомостіпро викладання теми для позааудиторної підготовки студентів 3 курсу стоматологічного факультету “Імунологія слизовихоболонок” на кафедрі клінічної імунології, алергології та ендокринології. Представлені мети, уміння, необхідні для досягнення цілей, а також ключові питання вивчення теми.

Ключові слова: імунологія,слизові оболонки, Болонська система, педпроцес.

EXPERIENCE OF TRAINING STOMATOLOGICAL FACULTY STUDENTS OF THEME "IMMUNOLOGY MUCOSAL SHELLS"

Lesnichenko D.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The informationon the teaching oftopics for extracurricular training students 3rd year stomatological faculty "Immunology of mucosal membranes" in the Department ofclinical immunology, allergology andendocrinology.We presentpurposes, the ability to achievegoals, as

well as key issuesthe studysubjects.

Key words: immunology, mucous membranes, Bologna system,pedagogical process.

УДК 378.148-49+378/147+616-097

ПРЕПОДАВАНИЕ ТЕМЫ «ПЕРВИЧНЫЕ ИММУНОДЕФИЦИТЫ» В УСЛОВИЯХ БОЛОНСКОЙ СИСТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ

Лесниченко Д.А.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. Приведены сведения о преподавании темы “Первичные иммунодефициты” на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии. Представлены цели занятия, умения, необходимые для достижения целей. Описана этапность проведения занятия.

Ключевые слова: первичные иммунодефициты, Болонская система, педпроцесс.

На кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького ведется преподавание клинической иммунологии и аллергологии на 3 курсе стоматологического факультета, 5 и 6 курсах медицинских факультетов, а также интернам различных специальностей и курсантам предаттестационных циклов и циклов специализации. При этом, тема первичных иммунодефицитов на отдельном занятии рассматривается у студентов 5 курса.

Иммунодефнцитные состояния включают обширную группу самостоятельных заболеваний и сопутствующих синдромов, общими признаками которых являются недостаточность системы иммунитета, неспособность организма противостоять чужеродной антигенной агрессии. Первичные иммунодефициты по данным различных авторов встречаются у 1-2% детей с хроническими неспецнфическими процессами и 1\5 детей с рецидивами заболеваний дыхательных путей и мочевых органов. Отмечается значительная подверженность детей с иммунодефицитными заболеваниям аллергической н аутоиммунной природы, а также злокачественными новообразованиям.

Подчеркивает актуальность изучения указанной темы экологическая ситуация в Украине, связанная не только с аварией на Чернобыльской АЭС, но и с загрязнением атмосферного воздуха индустриальных центров, низким качеством питьевой воды, а также пищевых продуктов, что обуславливает высокий удельный вес пациентов с указанной патологией.

В связи с унификацией отечественного высшего образования в соответствии со стандартами болонского процесса обучения занятия на кафедре проводятся по кредитно-модульной системе.

Общей целью занятия является научиться диагностировать, определять тактику лечения и профилактики первичных иммунодефицитов.

Работа на занятии проходит в пять этапов. На первом этапе определяется исходный уровень подготовки студентов к занятию. Вторым этапом является самостоятельная работа студентов, которая включает в себя курацию больных

аллергологического отделения, а также решение ситуационных задач по теме занятия. Студенты работают с больными (самостоятельная курация) по теме занятия. Разбор больных проводится в учебной комнате с использованием истории болезни и иммунограмм. Далее, руководствуясь собранным анамнезом, данными клинических наблюдений, данными лабораторных и инструментальных обследований студенты должны установить уровень нарушений иммунной системы у больных первичным иммунодефицитом. Также студенты работают с ситуационными задачами, в которых они должны дать конкретные ответы на конкретные вопросы, руководствуясь учебным материалом и своими знаниями. Данный этап проходит как в учебной комнате, так и в палате у постели больного. Следующим, третим этапом, является анализ и коррекция результатов самостоятельной работы. Студенты совместно с преподавателем разбирают решенные ранее ситуационные задачи и обсуждают курируемых больных. Также разбираются ключевые моменты темы занятия. Местом проведения данного этапа является учебная комната. На четвертом этапе студенты решают тесты текущего контроля. Заключительным, пятым этапом является подведение итогов работы и оценивает студентов. Совместно с преподавателем в учебной комнате проводится разбор практических навыков и тестов текущего контроля.

Таким образом, на занятии используется комплексный подход к обучению, включающий в себя как использование методических материалов по теме, так и работу у постели больного, а также проверку знаний с помощью тестов и ситуационных задач, что позволяет добиться качественного усвоения материала и обеспечивает контроль над ним.

Резюме. Наведеновідомостіпро викладаннятеми “Первинні імунодефіцити” на кафедріклінічноїімунології, алергології та ендокринології. Представленіцілізаняття, уміння, необхіднідлядосягненняцілей.Описанаетапністьпроведеннязаняття.

Ключовіслова: первинні імунодефіцити,Болонськасистема,педпроцес.

TEACHING OF THEME"PRIMARY IMMUNODEFICIENCIES" IN THE BOLOGNA TRAINING SYSTEM

Lesnichenko D.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The informationon the teaching ofthe topic "Primary immunodeficiencies" at the Department ofclinical immunology, allergology andendocrinology.We presentpurposeclasses, skills needed to achievegoals.Stagesof thedescribedclasses.

Key words: primary immunodeficiencies, Bologna system,pedagogical process.

УДК: 378.146:004.4+378.61:[616-097+616.43]

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ MYTEST ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ

Лесниченко Д.А.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. Представлены данные об автоматизированной системе проверки знаний Mytest X, используемой для компьютерного тестирования на кафедре клинической

иммунологии, аллергологии и эндокринологии. Описаны модули программы, поддерживаемые режимы и параметры тестирования, свидетельствующие о широких возможностях приложения.

Ключевые слова: компьютерное тестирование, программы, “Mytest X”.

Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии располагает полным комплектом задач и тестов различной степени сложности, приближенным к конкретной специальности (касается терминологии, примеров и т.п.). Внедряется компьютерная технология с программным обеспечением. Работа студента с компьютерной обучающей программой способствует познавательной деятельности, активизирует мышление и усвоение изучаемого материала. При этом, одной из задач повседневного преподавательского труда является необходимость осуществлять контроль знаний студентов и курсантов. Формы контроля очень разнообразны, но наиболее часто используются письменный или устный опросы. К сожалению, эти формы не лишены недостатков. При проведении устного опроса – это относительно большая затрата времени занятия при небольшом количестве выставляемых оценок. Письменный контроль знаний, хотя и позволяет оценить каждого испытуемого, но требует много времени на проверку.

Одним из основных и несомненных достоинств тестирования является минимум временных затрат на получение надежных итогов контроля. При тестировании используют как бумажные, так и электронные варианты. Последние особенно привлекательны, так как позволяют получить результаты практически сразу по завершении теста.

На кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького используется автоматизированная система проверки знаний Mytest.

Программа MyTest распространяется бесплатно и поддерживает девять типов заданий (одиночный выбор, множественный выбор, установление порядка следования, установление соответствия, указание истинности или ложности утверждений, ручной ввод числа (чисел), ручной ввод текста, выбор места на изображении, перестановка букв). В тесте можно использовать любое количество любых типов, можно только один, можно и все сразу. Задание состоит из вопроса и, в зависимости от типа, вариантов ответа или требуемого ответа. Текст вопроса и вариантов может содержать форматированный текст, рисунки и формулы.

Для каждого задания в тесте можно индивидуально задать сложность (количество баллов за верный ответ) от 1 до 100, максимальное время обдумывания задания. К каждому заданию может быть прикреплено вступление - текст, который будет показан вначале показа задания, подсказка (показ может быть за штрафные баллы) и объяснение верного ответа.

Количество заданий в тесте не ограничено. В заданиях с выбором ответа (одиночный, множественный выбор, указание порядка, указание истинности) можно использовать до 10 (включительно) вариантов ответа. В задании на ввод числа можно требовать ввод до 5 (включительно) чисел.

Оценка испытуемого вычисляется по баллам. Система оценки может быть любой - от двухбалльной (зачет/незачет) до 100-балльной. Имеется возможность засчитывать только 100% верные ответы или учитывать неполные ответы (например, в множественном выборе отмечены не все или, наоборот, лишние варианты).

Порядок вопросов и вариантов ответов: обычный или случайный. Формулировка: случайная, основная, вторая и т.д. Задание теста может содержать несколько формулировок вопроса (от 1 до 5). Если указанной формулировки в задании нет, то выводится основная.

Предусмотрена возможность ограничить не только время обдумывания каждого задания, но и время всего теста, также максимальное количество запусков теста до перезагрузки компьютера. С помощью программ MyTest X можно организовать как локальное, так и сетевое тестирование. При сетевом тестировании результаты тестирования могут быть переданы по сети в модуль Журнал, а могут быть отправлены по электронной почте.

Резюме. Представлені дані про автоматизовану систему перевірки знань Mytest X, використовуваної для комп'ютерного тестування на кафедрі клінічної імунології, алергології та ендокринології. Описано модулі програми, підтримувані режими і параметри тестування, які свідчать про широкі можливості програми.

Ключові слова: комп'ютерне тестування, програми, “Mytest X”.

APPLICATION OF “MYTEST” COMPUTER PROGRAM FOR KNOWLEDGE CONTROL

Lesnichenko D.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The data on the automated verification system knowledge Mytest X, used for computer-based testing at the Department of clinical immunology, allergology and endocrinology. We describe the modules of the program, supported modes and parameters of the test, indicating the wide possibilities of application.

Key words: computer testing, programs, “Mytest X”.

УДК 616.523-036.65-036.66-08

ДЕФИЦИТ ЗНАНИЙ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПО РАЗДЕЛУ «ВИРУСЫ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА»

Майлян Э.А.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. Проведен опрос 24 врачей курсантов по теме «Вирусы папилломы человека: клиника, диагностика, лечение и профилактика». Тестирование показало низкий уровень знаний врачей по данной тематике.

Ключевые слова: вирус папилломы человека, врачи, обучение.

Современные статистические данные демонстрируют неуклонный рост показателей заболеваемости папилломавирусной инфекцией как у нас в стране, так и во всем мире. Кроме наблюдающейся тенденции к росту частоты выявления вышеуказанной инфекции, актуальность вирусов папилломы человека объясняется и высокой их контагиозностью, а также способностью

инициировать злокачественные процессы. Последнее в основном касается генитальных проявлений папилломавирусной инфекции.

Возбудитель папилломы человека является ДНК-содержащим вирусом и обладает эпителиотропностью, поражая кожные покровы, а также слизистые оболочки рта, конъюнктивы, пищевода, бронхов, прямой кишки, половых органов. В связи многообразием клинических проявлений проблема вышеуказанной инфекции актуальна для врачей широкого спектра специальностей: дерматологов, гинекологов, урологов, онкологов, иммунологов, вирусологов и др. Несомненно, соответствующими знаниями и практическими навыками по диагностике, лечению и профилактике папилломавирусных заболеваний должны обладать и семейные врачи.

Необходимо подчеркнуть то, что особое значение в деятельности семейного врача приобретает профилактическая направленность его работы. А ведь наиболее эффективным средством борьбы с вышеуказанной инфекцией как раз и является ее специфическая профилактика. Поэтому семейный врач, руководствуясь приказом МЗ Украины №595 от 16.09.2011 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратов», должен организовывать работу по проведению прививок зарегистрированными в стране вакцинными препаратами против наиболее опасных типов вирусов папилломы человека.

Исходя из вышеизложенного, целью работы явилось изучение уровня базисных знаний врачами курсантами, проходящих предатестационные циклы по специальности «Общая практика-семейная медицина» факультета интернатуры и последипломного образования Донецкого национального медицинского университета по теме «Вирусы папилломы человека: клиника, диагностика, лечение и профилактика».

При выполнении работы было проведено тестирование 24 врачей курсантов по вышеуказанной теме. Среди предложенных вопросов основными являлись следующие:

1.Что является основным этиологическим фактором цервикального рака?
2.Какой основной метод выявления папилломавирусной инфекции?
3.Какое наиболее эффективное средство профилактики папилломавирусной инфекции?

Проведенный опрос показал низкий уровень знаний врачей по теме «Вирусы папилломы человека». Всего 6 из 24 опрошенных (25,0%) правильно ответили на 1-й вопрос, указав, что рак шейки матки вызывается вирусом папилломы человека. 7 врачей, что составило 29,2%, подтвердили, что основным методом диагностики вирусной инфекции является полимеразная цепная реакция, позволяющая выявлять ДНК вируса в различных биологических материалах. Однако, важно отметить, что ни один из них не пользовался услугами лабораторной диагностики, не рекомендовал и не направлял пациентов на обследование в отношении вируса папилломы человека. Среди профилактических мер основным средством профилактики инфекции назвали использование иммунизации вакцинными препаратами всего

лишь 2 врача курсанта (8,3%).

Таким образом, проведенный опрос врачей курсантов по специальности «Общая практика-семейная медицина» показал низкую подготовленность их по теме «Вирусы папилломы человека: клиника, диагностика, лечение и профилактика». Полученные результаты диктуют необходимость повышения качества обучения врачей по данной теме, совместных и координированных усилий различных специалистов ВУЗа по улучшению педагогического процесса.

Резюме. Проведено опитування 24 лікарів курсантів за темою «Віруси папіломи людини: клініка, діагностика, лікування та профілактика». Тестування показало низький рівень знань лікарів з даної тематики.

Ключові слова: вірус папіломи людини, лікарі, навчання.

THE DEFICIT OF KNOWLEDGE IN FAMILY DOCTORS ON THE TOPIC "HUMAN PAPILLOMAVIRUSES: CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION".

Maylan E.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Conducted a survey of 24 doctors on the topic "Human papillomaviruses: clinical features, diagnosis, treatment and prevention". Testing showed a low level of knowledge of doctors on the subject.

Keywords: human papilloma virus, doctors, training.

УДК 378.148-49:616-097-036.1

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «КЛИНИЧЕСКАЯ ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ» В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Майлян Э.А.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. В статье рассматривается важность преемственности и поэтапности образования студентов в медицинских ВУЗах. Соблюдение этих принципов является обязательными также и при обучении студента на кафедре клинической иммунологии и аллергологии.

Ключевые слова: студент, преемственность, образование, клиническая иммунология и аллергология.

На современном этапе развития медицины клиническая иммунология считается одной из наиболее интенсивно развивающихся медико-биологических наук. На современном этапе трудно себе представить область медицины, которая бы не соприкасалась с иммунологией, не использовала ее достижения в диагностике, лечении и профилактике заболеваний. Задачей современной иммунология стало решение многих кардинальных проблем клинической медицины. Учитывая все возрастающую роль клинической иммунологии как ключевой дисциплины медицины, в начале 90-х годов прошлого столетия были внесены соответствующие изменения в программу обучения студентов высших медицинских учебных заведений Украины и организованы курсы, а затем и кафедры клинической иммунологии и

аллергологии. Основная цель обучения студентов на вышеуказанных кафедрах – дать им базисные знания по различным аспектам клинической иммунологии и аллергологии.

Наряду с теоретической подготовкой студент, конечно же, должен овладеть и соответствующими практическими навыками, предусмотренными учебной программой. Обучаясь на кафедре, он должен научиться, проводя опрос и физикальное обследование, выделять жалобы, данные анамнеза и объективного осмотра, свидетельствующие о наличии нарушений иммунной системы.

Определив патогенетические факторы развития иммунозависимых болезней, студент обязан уметь назначать дополнительные методы исследования - лабораторные и инструментальные. Наряду с важными и в ряде случаев незаменимы общепринятыми исследованиями (общий анализ крови, биохимические анализы, УЗИ, рентген-исследование и т.д.), он должен овладеть навыками назначения иммунограммы, специального аллергологического обследования, проводить исследование аутоиммунных заболеваний и т.д.

Исходя из вышеизложенного, начав обучение на кафедре клинической иммунологии и аллергологии, студент уже должен быть определенным образом подготовлен: иметь определенные знания и практические навыки.

Поэтому обязательным условием обучения студентов является соблюдение преемственности и комплексности подхода в получении знаний и практических умений. Студент, приступающий к выполнению программы по клинической иммунологии и аллергологии, должен уже иметь достаточное количество соответствующих базисных знаний и умений, что достигается осуществлением постепенности и последовательности в получении медицинского образования. Для соблюдения преемственности и оптимизации медицинского образования важным элементом является межпредметная координация.

Большой вклад в реализацию конечной цели обучения клинической иммунологии и аллергологии отводится образованию студента медика поэтапно на различных кафедрах медицинского вуза (кафедры анатомии, гистологии, физиологии и патофизиологии, биохимии, микробиологии, пропедевтики внутренних болезней, детских болезней и т.д.). Прийдя на кафедру клинической иммунологии и аллергологии, обучающийся уже должен знать строение, функции различных органов иммунной системы, биологическую роль факторов иммунной системы, их клиническую значимость, их участие при различных заболеваниях, иметь навыки опроса пациента, его осмотра и т.д.

Именно эти знания позволят ему качественно освоить различные клинические аспекты дисциплины. Следует отметить то, что в конечном итоге, чем эффективней будет освоена учебная программа по дисциплине «Клиническая иммунология и аллергология», тем продуктивнее будет обучение студента на последующих кафедрах медицинского ВУЗа.

Таким образом, для обеспечения преемственности в получении образования студентом медиком по клинической иммунологии и аллергологии необходимы совместные и координированные усилия различных специалистов, обеспечивающих педагогический процесс как на этапе составления типовых программ, так и на уровне их реализации в медицинских ВУЗах.

Резюме. У статті розглядається важливість спадкоємності і поетапності освіти студентів в медичних ВУЗах. Дотримування цих принципів є обов'язковими також і при навчанні студента на кафедрі клінічної імунології та алергології.

Ключові слова: студент, спадкоємність, освіта, клінічна імунологія та алергологія.

CONTINUITY OF STUDY DISCIPLINE «CLINICAL IMMUNOLOGY AND ALLERGOLOGY» IN HIGTH MEDICAL SCHOOLS

Maylan E.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The article discusses the importance of continuity and sequencing of students education in medical schools. Compliance with these principles is also required for training students at the Department of Clinical Immunology and Allergology.

Keywords: student, continuity, education, Clinical Immunology and Allergology.

УДК: 616-082.8-053.2:378.147

ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ ПРИ УХОДЕ ЗА ДЕТЬМИ

Максимова С.М., Самойленко И.Г.
Донецкий национальный университет им. М. Горького

Резюме: В статье предпринято введение в программу обучения студентов инновационного метода доставки лекарственных средств в дыхательные пути с помощью ингалятора последнего поколения – небулайзера. Это позволяет адаптировать учебный процесс к требованиям практического здравоохранения.

Ключевые слова: студенты, уход за ребенком, инновационный метод, практическое здравоохранение.

Одной из важных целей, которая была поставлена с самого начала Болонским процессом, является обеспечение высокого качества высшего образования. В связи с быстрым развитием медицинской науки и внедрением в клиническую практику новых технологий возникает необходимость совершенствования учебного процесса и повышение требований к качеству подготовки и компетентности будущих врачей, способных конкурировать в современных условиях.

Кредитно-модульная система организации учебного процесса предусматривает несколько принципов, одним из которых является принцип организационной динамичности, который обеспечивает возможность изменения содержания обучения, с учетом динамики социального заказа и необходимости рынка труда. В связи с высокой заболеваемостью органов дыхания у детей социальным заказом в последнее время стал поиск новых технологий и методов лечения детей, особенно в раннем возрасте, страдающих

бронхиальной астмой и другими заболеваниями органов дыхания, протекающими с бронхообструктивным синдромом.

Целью нашего исследования было введение в традиционную программу по уходу за ребенком обучение студентов новым технологиям - применение ингаляторов последнего поколения – небулайзеров – при заболеваниях органов дыхания у детей.

Одним из новых современных методов, качественно более высоким уровнем технологии по сравнению со старыми является метод доставки лекарственных средств в дыхательные пути с помощью небулайзера. Современные лекарственные средства и новые технологии использования ингаляционных форм лекарственных препаратов с помощью небулайзера позволяют максимально быстро купировать приступы удушья и затрудненного дыхания у детей, особенно при жизнеугрожающих ситуациях. Чрезвычайно важным также является возможность применения небулайзерной терапии на всех этапах оказания медицинской помощи: «скорая помощь», поликлиника, стационар, домашняя помощь.

Показаниями для небулайзерной терапии является: бронхиальная астма, хронические обструктивные заболевания легких, муковисцидоз, заболевания верхних дыхательных путей (ОРВИ, риниты, фарингиты, тонзиллиты, трахеиты, ларингиты), заболевания нижних дыхательных путей (острый и хронический бронхит, бронхиолит, пневмоцистная и микотическая пневмония, бронхоэктатическая болезнь), бронхолегочная дисплазия, туберкулез легких и бронхов.

В Украине существует немного лечебных учреждений, которые оснащены современными системами для доставки лекарственных средств в дыхательные пути – небулайзерами. В то же время и врачи общей практики мало используют в повседневной работе эти высокотехнологичные средства доставки лекарственных средств в органы дыхания.

Указанные обстоятельства и острая необходимость позволили адаптировать учебный процесс к требованиям практического здравоохранения и ввести в традиционную программу по уходу за ребенком обучение студентов новым технологиям – применение ингаляторов последнего поколения - небулайзеров при заболеваниях органов дыхания у детей.

На базе городской клинической больницы № 3 г. Донецка функционирует детское пульмонологическое отделение, оснащенное современной аппаратурой для оказания эффективной помощи детям с патологией органов дыхания. В отделении на кафедре пропедевтики педиатрии проходят курс обучения студенты 2-3 курсов всех факультетов Донецкого медицинского университета по уходу за здоровым и больным ребенком.

При изучении темы «Заболевания и синдромы поражения органов дыхания» студентам предлагается сделать реферативное сообщение о небулайзерной терапии, правила пользования небулайзером и правилах гигиены при работе с ними. Отдельные студенты информируют о том, какие препараты могут быть использованы и что нельзя ингалировать с помощью

небулайзера.

Затем в ингаляционном кабинете, где в достаточном количестве находятся небулайзеры (10-15 штук), студенты осваивают методику отпуска процедуры детям разных возрастов под контролем преподавателя и медсестры кабинета. В конце занятия преподаватель оценивает подготовку каждого студента по освоению практического навыка согласно критериям оценок в ВУЗе.

Мы надеемся, что освоение студентами современных методик по оказанию неотложной помощи детям с бронхообструктивным синдромом и другими заболеваниями органов дыхания позволит будущим врачам общей практики, педиатрам, а также семейным врачам профессионально компетентно вести этих больных. Это в свою очередь позволит сократить риск формирования хронических обструктивных заболеваний легких у детей и взрослых.

Внедрение новых технологий в клиническую практику с учетом требований практического здравоохранения явится основанием для совершенствования учебного процесса в медицинском ВУЗе с целью обеспечения высокого качества высшего образования.

Литература:

1. Тимофеев А.А. Кредитно-модульная система в организации уебного процесса в высшем медицинском учебном заведении //Современная стоматология.-2009, № 4, с. 142-144.

2. Шушляпин О.И., Кожин М.А., Крапивко С.А..- Медобразование в рамках Болонской конвенции: инновационные подходы и перспективы совершенствования и актуализации педагогического процесса// Газета «Новости медицины и фармации».- 2013, № 14 (565), с. 20-21.

3. Деякі аспекти викладання пропедевтики педіатрії студентам в умовах кредитно-модульної системи // О.У. Федорців, М.І. Кінаш, В.Ф. Лобода та ін.//Медична освіта .-2009.-№ 9, с.109-11.

4. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика. Национальная программа//-Москва, 2006.-с.97.

5. Геппе Н.А. Ингаляционная небулайзерная терапия респираторных заболеваний у детей. Практическое руководство для врачей.-Москва, 2008, с.82.

Резюме: У статті розпочате введення в програму навчання студентів інноваційного методу доставки лікарських засобів у дихальні шляхи за допомогою інгалятора останнього покоління – небулайзера. Це дозволяє адаптувати навчальний процес до вимог практичної охорони здоров'я.

Ключові слова: студенти, догляд за дитиною, інноваційний метод, практична охорона здоров'я.

OPTIMIZATION OF EDUCATIONAL AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS PROPAEDEVTICS FOR CHILDCARE.

Maximova S.M., Samoylenko I.G.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The article attempted introduction into the curriculum of students of innovation and method of drug delivery to the respiratory tract using the inhaler last generation - the nebulizer. This allows you to tailor the learning process to the requirements of practical health.

Keywords: students, child care, innovative method, practical health.

УДК 616-053.2+378.147+004.9

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ ПРИ ЧТЕНИИ ЛЕКЦИЙ СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ № 2

Налетов А.В., Курышева О.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В статье рассмотрены различные аспекты создания и использования мультимедийных презентаций при проведении лекций на клинической кафедре. Использование компьютерных технологий позволяет улучшить подачу лекционного материала и его усвоение студентами.

Ключевые слова: мультимедийные презентации, клиническая кафедра, лекция

Получение глубоких знаний студентами медицинских ВУЗов при обучении на клинических кафедрах является основой в становлении профессионализма будущих специалистов. Главной проблемой качественного усвоения учебного материала является противоречие между увеличивающимся объемом новых данных по диагностике и лечению заболеваний и жестким регламентом образовательного стандарта. Очевидно, что для преодоления этой проблемы требуются существенные изменения методологии преподавания, форм организации учебного процесса, что возможно только при использовании современных информационных технологий. Особую привлекательность с точки зрения восприятия информации представляет ее визуализация. Важным принципом обучения является принцип наглядности. Наглядно и эффективно преподнесенный материал в значительной степени улучшает восприятие и запоминание. Технические средства презентаций позволяют расширить возможности лектора, перевести часть информационной нагрузки в визуальную область.

На кафедре педиатрии № 2 с этой целью было осуществлено создание лекционных курсов в виде презентаций для студентов медицинских факультетов, что позволило решить многие учебно-методические задачи, облегчить процесс преподавания, а также повысить эффективность усвоения учебного материала студентами. Значительную часть подготовительной работы к лекции-презентации занимает анализ содержательной части лекции, определение, каким типом наглядности следует поддержать лекционный комментарий. Мультимедийное сопровождение позволяет продемонстрировать студентам множество клинических случаев, показать которые на обычной лекции абсолютно невозможно.

Однако подготовка визуального материала требует от лектора и авторских решений, а не только использования пусть качественных, но готовых иллюстраций.

Особое внимание уделяется композиции каждого слайда, при этом приходится решать не только методические вопросы, связанные с содержательной частью слайда, его информационной насыщенностью, но и

вопросы психолого-эстетического плана: цвет фона, распределение цветовых акцентов, включение анимационных эффектов и их воздействие на восприятие. Непременным условием эффективного проведения лекции-презентации является предварительный хронометраж и корректировка количества слайдов, предназначенных для показа. Главным средством объединения слайдов является звуковой текстовый комментарий, который должен управлять ритмом восприятия презентации. Таким образом, презентация имеет свой выразительный язык, и этот язык не идентичен обычной лекции, он является своеобразным синтезом изображения и слова при явном приоритете изображения. Текстовые слайды в презентации должны быть сведены к минимуму, иначе презентация превратится в статью на экране. Появление текста на экране должно нести особую смысловую нагрузку и включать в себя наиболее значимые понятия и термины.

Использование новых технологий в преподавании лекций требует и изменения системы восприятия студентами лекционного материала. Студенты не должны механически фиксировать весь учебный материал, большую роль приобретает осмысление комментария лектора и закрепление этого осмысления путем дальнейшей проработки учебного материала после лекции.

По окончании лекционных курсов были проведены опросы студентов, позволившие выявить их отношение к инновационным технологиям, используемым на лекциях. Более 80 % опрошенных студентов положительно восприняли использование мультимедийных презентаций при чтении лекций на нашей кафедре. Повышение посещаемости лекций, проводимых с использованием инновационных технологий, свидетельствует о росте познавательного интереса студентов. Несмотря на то, что подготовка лекций в новой форме требует серьезной подготовительной работы, следует признать, что такая форма лекционных занятий значительно облегчает труд лектора: уменьшается вероятность ошибок; лектор может больше времени уделять комментариям; лекция становится более емкой и информационно насыщенной; качество наглядного материала, его разнообразие значительно облегчает восприятие, делает процесс обучения более комфортным для студентов.

Таким образом, использование мультимедийных презентаций на лекционных занятиях позволяет улучшить подачу лекционного материала, что повышает эффективность усвоения новых знаний студентами при обучении на клинической кафедре.

Резюме. У статті розглянуто різні аспекти створення та використання мультимедійних презентацій при проведенні лекцій на клінічній кафедрі. Використання комп'ютерних технологій дозволяє поліпшити подачу лекційного матеріалу та його засвоєння студентами.

Ключові слова: мультимедійні презентації, клінічна кафедра, лекція.

THE EXPERIENCE OF MULTIMEDIA PRESENTATIONS USING ON LECTURES FOR STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS № 2

Nalyotov A.V., Kurysheva O.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The article discusses different aspects of the use of multimedia presentations in conducting lectures on clinical department. The using of computer technology to improve the

delivery of lecture material and learning by the students.

Key words: multimedia presentations, clinical department, lecture.

ЧАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНИВАНИЯ СТУДЕНТОВ В РАМКАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И НА ГОСУДАРСТВЕННОМ ВЫПУСКНОМ ЭКЗАМЕНЕ.

Островский И. М.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Автор предлагает ввести поправочный коэффициент при выставлении суммарной оценки по нескольким модулям, в зависимости от их удельного веса; а также предлагает во время государственного экзамена при проверке выполнения фиксированных навыков результат обозначать как «выполнил – не выполнил» и не учитывать в общую оценку.

Ключевые слова: модульный контроль, государственный экзамен, оценки.

Многолетний опыт преподавания студентам на выпускающей кафедре, а также прием модульного контроля и государственных экзаменов позволил сформулировать несколько проблем, существующих в настоящее время в нашей работе.

1. Оценивание знаний модулями. Безусловно, это прогрессивный способ, по сравнению с экзаменационной сессией, но все же не вполне совершенный. В частности, разделяя предмет на модули мы искусственно уравниваем между собой различные по сложности и продолжительности разделы предмета. Особенно ярко это проявляется в том случае, когда выставляется общая оценка по двум модулям разных кафедр, как, например, педиатрия + детские инфекции на 6 курсе. Модуль педиатрия – 39 тем, модуль детские инфекции – в несколько раз короче, а отметка выводится как средняя! Напрашивается введение коэффициента, пропорционально отражающего удельный вес того или иного модуля в общей отметке.

2. Отметка за практическую часть госэкзамена. Как известно, практическая часть состоит из двух **равнозначных** оценок: отметка за выполнение фиксированных навыков, типа «искусственное дыхание», «измерение АД» и т.п. в совокупности с решением четырех ситуационных задач (определение неотложного состояния, лечение неотложного состояния, трактовка результатов лабораторных и трактовка результатов инструментальных методов обследования) и работа у постели больного + собеседование по этому больному. Если вторая часть оценки (у постели + собеседование) не вызывает сомнений в своей значимости, то привлечение к экзамену навыков (причем, частично сестринских!) вызывает вопросы. В частности, каждый навык оценивается по двоичной системе (выполнил – не выполнил), но при этом невыполнение четырех навыков из пяти (при условии ращения задач) позволяет получить положительную отметку! Если студент решил все задачи, но не выполнил один навык – он претендует на отлично, если не выполнил два - получит хорошо, не выполнил три или четыре – получит

удовлетворительно. Но ведь предлагаемыми навыками должен владеть каждый врач! В конце концов, обучить каждого студента нескольким навыкам удаётся даже во время предэкзаменационной консультации. Следовательно, и итог их оценки должен быть другим – «выполнил» – «не выполнил». Не выполнил – не получаешь диплом, или получаешь условно.

А отметку за решение ситуационных задач стоит приплюсовать к оценке у постели больного, для удобства их может проверять тот же экзаменатор.

Кстати, ситуационные задачи студент не должен тянуть наугад, они предварительно уже должны быть сформированы в наборы, с учетом раздела предмета и сложности. При этом элемент непредсказуемости не теряется, т.к. студент наугад будет тянуть готовый блок с четырьмя задачами.

Резюме. Автор пропонує ввести поправочний коефіцієнт при виставленні сумарної оцінки за кількома модулями, залежно від їх питомої ваги; а також пропонує під час державного іспиту при перевірці виконання фіксованих навичок результат позначати як «виконав - не виконав» і не враховувати в загальну оцінку.

Ключові слова: модульний контроль, державний іспит, оцінки.

SOME ASPECTS OF THE EVALUATION OF STUDENTS AT CREDIT-MODULE SYSTEM AND STATE FINAL EXAM.

Ostrovskiy IM

Donetsk National Medical University of Gorky

Summary. The author proposes a correction factor when setting the total score on several modules , depending on their weight ; and offers during the state exam at the verification of the fixed skills result denoted as " fulfilled - not complied with " and not taken into account in the overall assessment.

Keywords: modular control, state examination, evaluation.

УДК 616-053.2:378.146/.147

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ НА ВЫПУСКНОМ КУРСЕ

Островский И.М., Бельская Е.А., Челпан Л.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В статье аргументирована необходимость повсеместного и преимущественного использования в обучении студентов шестого курса принципов дифференциальной диагностики с использованием соответствующих алгоритмов.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, алгоритм.

Пять лет в медицинском университете студентов обучают азам медицины. К шестому курсу более или менее качественно они разбираются в нозологиях, методах обследования и принципах лечения. Задача выпускающих кафедр – научить мыслить по-врачебному, т.е. использовать накопленные знания применительно к будущим клиническим ситуациям.

Как показывает опыт общения с приходящими на кафедру шестикурсниками, «средний» студент в состоянии рассказать этиологию, патогенез, клинику и лечение различных изученных заболеваний, но теряется при решении предлагаемых конкретных практических ситуационных задач. Студенты не знают, с чего начать, какие нужны дополнительные сведения, не

сообразят, в какой последовательности и что назначить для обследования, (назначают либо все сразу, либо много лишнего), не в состоянии обосновать свои действия.

Именно поэтому, основная задача преподавателя выпускающей кафедры – обучить студента умению проводить дифференциальную диагностику симптомов и синдромов.

На кафедре педиатрии №1 ДонНМУ все 18 тем занятий по специальности «Лечебное дело» и большая часть тем из 40 занятий по специальности «Педиатрия» сформулированы именно таким образом: «Дифференциальная диагностика анемии», «Дифференциальная диагностика отеков», «Дифференциальная диагностика кашля» и т.д. Сотрудники кафедры подготовили и издали не имеющее аналогов на Украине учебное пособие «Дифференциальная диагностика наиболее распространенных синдромов в клинической педиатрии». В этом пособии изложены вопросы дифференциальной диагностики 24-х симтомов и синдромов, при этом пособие снабжено авторскими алгоритмами дифференциальный диагностики, которые уже много лет создаются и обновляются сотрудниками кафедры. Книга пользуется заслуженной популярностью у студентов.

О пользе подобного издания также свидетельствуют и отзывы практических врачей, с успехом использующих в своей практической работе наши диагностические алгоритмы.

Принцип создания алгоритмов соответствует действием врача в реальной жизни и подразумевает последовательность шагов «от частого - к редкому» и «от простого – к сложному». Такой подход учит студента выбору рационального, т.е. наиболее быстрого и наименее затратного пути к установлению диагноза.

Естественно, никакой алгоритм не может охватить все возможные причины конкретного синдрома или симптома (автор этой статьи в бытность молодым преподавателем попытался создать всеобъемлющий алгоритм дифференциальной диагностики судорог у детей – исписал 300 страниц в трех папках и через год прекратил попытку, осознав невыполнимость задачи). Именно поэтому в конце многих алгоритмов может находится заключение типа «диагноз выходит за рамки этого алгоритма», «Требуются дополнительные исследования», «Госпитализация в профильную клинику для углубленного обследования» и т.п.

В качестве примера приводим алгоритм дифференциальной диагностики «Хронический понос» (Рисунок 1).

В процессе обучения студентов алгоритмическому мышлению индикатором эффективности усвоения может служить попытки обучающихся создавать собственные алгоритмы. Давая такое задание учащимся, преподаватель может дифференцировать его по степени сложности, либо обозначая перечень нозологий, либо предоставив успешным студентам право самостоятельно определить требуемые нозологии. Следует отметить, что студенты с удовольствие выполняют подобные задания.

Аналогичным образом, следуя опять же врачебной логике, можно освещать алгоритм лечения и тактики наблюдения больных на участке. (Рисунок 2).

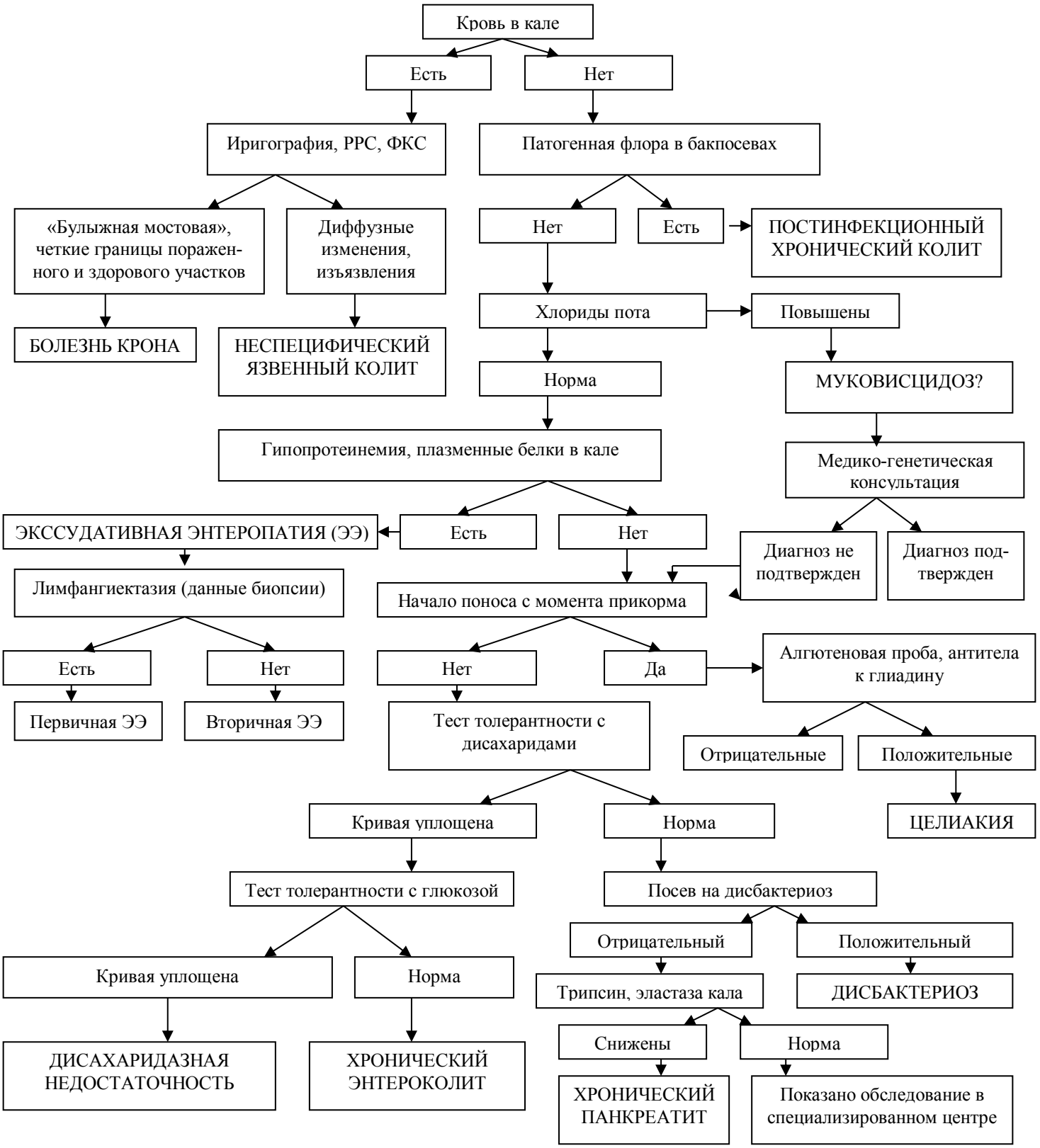


Рис 1. Алгоритм дифференциальной диагностики «Хронический понос»

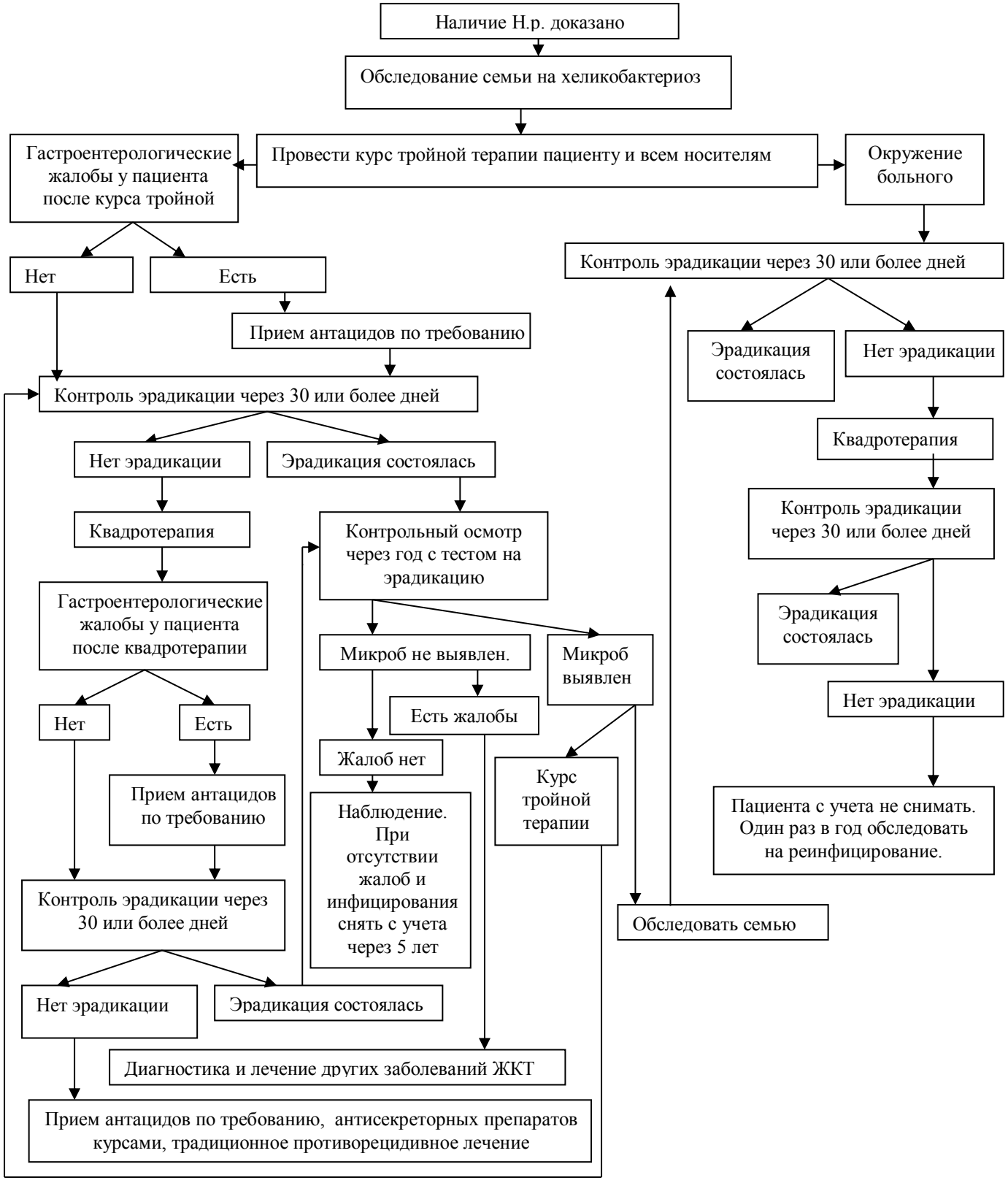


Рис. 2. Алгоритм лечения и наблюдения больного с хеликобактерной инфекцией

Резюме. У статті аргументована необхідність повсюдного і переважного використання у навчанні студентів шостого курсу принципів диференціальної діагностики з використанням відповідних алгоритмів.

Ключові слова: диференціальна діагностика, алгоритм.

FEATURES OF TEACHING ON THE GRADUATING COURSES

Ostrovskiy I.M.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The need of the ubiquitous using in teaching of sixth course students the principles of differential diagnosis using appropriate algorithms are argued in an article/

Key words: differential diagnosis, algorithm

УДК:617.7+378.147+371.315

ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ В ПРЕПОДАВАНИИ ОФТАЛЬМОЛОГИИ СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Павлюченко К.П., Олейник Т.В., Зыков И.Г.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. В статье приведен опыт кафедры офтальмологии Донецкого национального медицинского университета в развитии интерактивных методов обучения студентов. Авторы приводят примеры интерактивного изложения лекционного материала и внедрения в процесс обучения ситуационных задач – моделей, электронной версии пособия по офтальмологии для студентов.

Ключевые слова: интерактивные методы обучения, ситуационные задачи

В соответствии с законом Украины "О высшем образовании", одним из основных принципов государственной политики в отрасли высшего образования является интеграция системы высшего образования Украины в мировую систему, при сохранении и развитии достижений и традиций украинской высшей школы. В решении коллегии Министерства образования и науки Украины от 24.04.2003 г. отмечается, что: "Одной из предпосылок вхождения Украины в систему европейского пространства есть внедрение в систему высшего образования Европейской кредитно-трансферной системы (ECTS), что функционирует в Европе и является ключевым требованием Болонской декларации 1999 года". Программа действий относительно реализации положений Болонской декларации в системе высшего образования Украины утверждена приказом МОН Украины от 23.01.2004 г. № 49 [1].

Совершенствование высшего медицинского образования в Украине предполагает реализацию программно-целевого принципа организации учебного процесса на всех уровнях подготовки специалистов. Система программно-целевого управления качества подготовки специалистов (СПЦУ КПС) была разработана и апробирована в Донецком государственном медицинском университете.

Главными составляющими такого подхода является ориентация на конечные результаты на всех этапах обучения и реализация последнего в процессе усвоения элементов профессиональной деятельности. При этом были учтены основные положения педагогики и психологии, которые базируются на понимании сути процесса усвоения и свидетельствуют, что знания могут быть максимально усвоены вследствие самостоятельной активной деятельности. Отсюда методика обучения должна объединить в единое целое знания и деятельность (знания-умения).

В настоящее время происходящие изменения в нашем обществе создали реальные предпосылки для обновления всей системы медицинского образования, что находит свое отражение в разработке и введении элементов нового содержания, новых образовательных технологий, в обращении к мировому педагогическому опыту в преподавании медицинских знаний.

При обновлении содержания образования и освоении новых форм организации преподавания в медицинском ВУЗе качественно меняется и роль преподавателя как участника иной педагогической реальности: не транслятор знаний, а организатор, руководитель и соучастник учебного процесса, построенного как диалог студента с познаваемой дисциплиной. По исследованиям зарубежных социологов, самыми “запрашиваемыми” в современном мире являются способность к саморазвитию и сотрудничеству, чувство личной ответственности, способность к критике и принятию решения в процессе диалога. Для будущего врача эти качества так же являются лидирующими и, следовательно, задача медицинского ВУЗа - способствовать их развитию.

Многие методические инновации связаны сегодня с применением интерактивных методов обучения. Слово “интерактив” образовано от слова “interact” (англ.), где “inter” — взаимный, “act” — действовать. “Интерактивность” означает способность взаимодействовать или находиться в режиме диалога. Следовательно, интерактивное обучение — это, прежде всего, диалоговое обучение. Диалог возможен и при традиционных методах обучения, но лишь на линиях “учитель — ученик” или “учитель — группа учащихся (аудитория)”. При интерактивном обучении диалог строится также на линиях “ученик — ученик” (работа в парах), “ученик — группа учащихся” (работа в группах), “ученик - аудитория” или “группа учащихся — аудитория” (презентация работы в группах), “ученик — компьютер” и т.д.

Понятие интерактивности в обучении включает в себя — обучение, построенное на взаимодействии учащегося с учебным окружением, учебной средой, которая служит областью осваиваемого опыта [2].

Студент становится полноправным участником учебного процесса, его опыт служит основным источником учебного познания. Педагог не даёт готовых знаний, но побуждает участников к самостоятельному поиску. По сравнению с традиционным обучением в интерактивном обучении меняется взаимодействие педагога и учащегося: активность педагога уступает место активности студентов, а задачей педагога становится создание условий для их инициативы. Педагог отказывается от роли своеобразного фильтра, пропускающего через себя учебную информацию, и выполняет функцию помощника в работе, одного из источников информации.

На кафедре офтальмологии ДНМУ им. М.Горького разработаны основные методы интерактивного обучения студентов всех факультетов в условиях кредитно-модульной системы обучения. Прежде всего, это касается методики изложения лекционного материала, который представлен сейчас в виде мультимедийных презентаций. По ходу изложения материала лекций

лектор неоднократно обращается к слушателям с различными вопросами по теме лекции и помогает в поиске необходимого ответа. Студентам демонстрируются фото различной патологии органа зрения и методов офтальмологического обследования, и видеофрагменты оперативных вмешательств. По ходу просмотра видеофрагментов, у студентов возникают уточняющие вопросы и лектор способствует обсуждению и самостоятельному логическому поиску правильных ответов. Таким образом, стимулируется интерес к активному познанию излагаемого материала.

Коллективом сотрудников кафедры офтальмологии в плане улучшения условий интерактивного обучения на цикле “Офтальмология” был разработан набор ситуационных задач - моделей для студентов всех факультетов (100 задач). Он представляет собой богато иллюстрированные клинические задачи с детальным описанием патологии органа зрения по каждой теме в виде конкретной клинической ситуации. Данный набор задач содержит более 200 фотографий и приводит детальное описание более 20 методов офтальмологического обследования пациента.

К каждой такой задаче прилагаются фотографии патологически измененного органа, данные современных методов офтальмологических обследований, описание жалоб больного. В заключение, к ситуационной задаче ставится ряд вопросов, касающихся интерпретации полученных результатов объективного обследования больного. Также предлагается поставить предварительный диагноз, провести дифференциальную диагностику со сходной патологией. Для проведения диагностического поиска студент должен предложить проведение необходимых дополнительных методов исследования, консультации смежных специалистов и т.д. Если возможно, необходимо определить этиопатогенез заболевания, что поможет рекомендовать адекватное лечение.

Изучение таких клинических задач стимулирует студентов к детальному изучению конкретной офтальмологической патологии, развивает способность к логическому мышлению, дает возможность разобраться в клинической ситуации даже при отсутствии подобных пациентов в клинике (нередко больные относятся негативно к осмотру студентами). На занятиях происходит коллективное обсуждение предлагаемых клинических случаев, логически вырабатываются навыки поиска правильных ответов.

Одним из направлений развития интерактивности в обучении студентов коллектив кафедры считает и разработанную нами электронную версию учебного пособия по офтальмологии. Она содержит не только описательный материал к каждой теме занятия, но и видеоматериалы, которые студент может самостоятельно просмотреть в процессе изучения темы.

В настоящее время сотрудники кафедры готовят электронную версию ситуационных задач по офтальмологии. В этой версии, при работе с задачами, обучающийся может по гиперссылке перейти в раздел, где представлены правильные ответы на все поставленные вопросы. Также в электронном варианте приводится глоссарий, включающий все специальные термины,

имеющиеся в задачах. Также разработана электронная версия клинических задач для англоязычных студентов.

На наш взгляд обучение и воспитание будущего врача не возможно без выработки у него навыков к диалогу с будущими коллегами, стремлению к познавательной деятельности, самосовершенствованию в течение всей врачебной деятельности. Нельзя недооценивать важность установления взаимного контакта между преподавателем и студентами и схематизировать роль педагога, сводя её к схеме только «выдача тестов по теме занятия» - «проверка правильности решения».

Интерактивность в обучении будущих врачей является важным звеном в формировании его будущих профессиональных навыков.

Литература:

1. Об утверждении Программы действий относительно реализации положений Болонской декларации в системе образования и науки Украины на 2004–2005 г.г.: Приказ МОН Украины №49 от 23.01.2004 г.

2. Федоров В.А., Колегова Е.Д. Инновационные технологии в управлении качеством образования: Учебное пособие / Под ред. Г. М. Романцева. 2-е изд., перераб. и доп. - Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО "Рос. гос. проф.-пед. ун-т", 2006. - 226 с.

Резюме. У статті представлений досвід кафедри офтальмології Донецького національного медичного університета щодо розвитку інтерактивних методів навчання студентів. Автори наводять приклади інтерактивного викладання лекційного матеріалу та впровадження в навчальний процес ситуаційних задач-моделей, електронної версії посібника по офтальмології для студентів.

Ключові слова: інтерактивні методи навчання, ситуаційні завдання

INTERACTIVE METHODS ARE IN TEACHING THE OPHTHALMOLOGY TO STUDENTS OF MEDICAL UNIVERSITY

Pavlyuchenko K.P., Oleynyk T.V., Zykov I.G.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The experience of ophthalmology department of Donetsk National Medical University in relation to development of interactive methods of studies is presented in the article. Authors make examples of the interactive teaching of lecture material and introduction in the educational process of studies of situational tasks.

Keywords: interactive methods of educating, situational tasks

УДК 618:378.147.31

ЛЕКЦІЙНИЙ ПРОЦЕС НА КАФЕДРІ АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №1

Подоляка Д.В., Друпп Ю.Г., Тутов С.М., Ольшевська О.В.
Донецький національний медичний університет ім.М.Горького

Резюме. Перехід вітчизняної вищої школи на нові форми навчання пов'язаних з входженням lj болонського процесу, привів до оптимізації та введення нових форм навчання і підходів до практичних занять, самостійної роботи студентів, у тому числі і до читання курсу лекції.

На кафедрі базисною зміною стала уніфікація лекційного матеріалу, динамічне корегування вмісту лекцій новими науковими даними, застосування сучасних форм лекцій.

Ключові слова: лекція, нові лекційні форми, візуалізація лекції, інтерактивність.

Головна мета вузівської лекції, як найважливішої ланки дидактичного циклу навчання, це формування орієнтовної основи для подальшого засвоєння студентами учбового матеріалу.

В даний час, у міру зростання наукових і технічних знань у всьому світі посилилася потреба доповнення лекцій інтерактивними елементами викладу матеріалу, стимулюючими самостійність і активність студентів, оскільки призначенням лекції є підготовка студентів до самостійної роботи з книгою.

Дуже важливо, щоб лекція читалася лектором, який володіє сучасним науковим матеріалом і володіє даром слова. Все вищесказане допомагає процесу навчання, попереджаючи такі можливі негативні сторони лекції, як пасивне сприйняття матеріалу, відсутність часу на осмислення матеріалу, відсутність мотивації до подальшого звернення до підручника.

На сучасному етапі, особливо важлива роль лекції як основного джерела інформації за відсутності підручників з матеріалами за новими передовими технологіями, особливо якщо новий учбовий матеріал по конкретній темі особливо важкий для самостійного вивчення і вимагає методичної переробки лектором або коли по проблемі теми існують суперечливі концепції.

Лекції можуть відрізнятися одна від одної, але існує загальна структура, яка може бути застосовна до будь-якої лекції - це план лекції і строге його проходження.

Важливо, щоб зміст лекції носив науковість і відповідав сучасному рівню розвитку науки, мав наявність методичних питань і правильне їх трактування, активував мислення студентів, шляхом висунення проблемних питань і вирішення протиріч в ході лекції, мав прийоми закріплення матеріалу, перевірки уваги студентів і якості засвоєння теми.

Зараз у вищій школі застосовуються такі лекційні форми, як: проблемна, лекція удвох, лекція-візуалізація, лекція - прес-конференція та інші.

Перехід вітчизняної вищої школи на нові форми навчання пов'язаних з входженням в болонського процесу, привів до глибокого осмислення кафедральним колективом кафедри акушерства і гінекології Донецького національного медичного університету форм і методів викладання. Ці зміни диктували оптимізацію та введення нових форм навчання і підходів до практичних занять, самостійної роботи студентів, у тому числі і до читання курсу лекції по акушерству і гінекології, з урахуванням статусу «випускаючої кафедри».

Базисною зміною стала уніфікація лекційного матеріалу лекторами кафедри. Були підготовлені лекції по всім темах циклу акушерства і гінекології, обговорені на кафедральній нараді та прийняті за основу. Ці лекції видані у вигляді підручника і доступні для студентів, в тому числі в електронному виді.

Розуміючи, що практично щодня, завдяки стрімкому науковому прогресу, з'являються нові наукові дані, і природньо міняються деякі положення і підходи до ниски питань, які відображені в лекційному матеріалі, нами введено динамічне щомісячне обговорення цих новацій на кафедральній нараді, що

дозволяє змінювати матеріал лекцій, дозволяючи зберігати уніфікацію лекційного матеріалу, і у свою чергу бути завжди в авангарді викладу матеріалу по тій або іншій темі з сучасних позицій.

Пошук поєднання інформативності лекції з реалізацією принципу візуальності на кафедрі продовжуються, оскільки наочність не тільки сприяє більш успішному сприйняттю і запам'ятовуванню учбового матеріалу, але і дозволяє проникнути глибше в істоту пізнаваних явищ.

Враховуючи, що згідно вимогам болонської системи лекції читаються в малих групах (це приблизно для 40 студентів), з'явилась можливість проводити лекції в малій за площею лекційних кімнатах, що дозволило використовувати різні види і форми візуальності. Зокрема, натуральні (можливість демонстрації пацієнтів за темою лекції патологією); образотворчі (слайди, малюнки, фото); символічні (схеми, таблиці); технічні засоби (використовування компьютера для демонстрації сюжетів фільмів, презентацій, відеороликів, фото, картинок).

На кафедрі створений ряд відеофільмів, які широко використовуються на лекції. Використовуються сюжети фільмів з міжнародних фундацій по пологах, розвитку плоду, з нових перинатальних технологій.

Проведення лекцій в малих групах має так само свої переваги, оскільки викладач не відокремлений від студентів кафедрою, дозволяючи бути частиною аудиторії, мати реальний контакт «очі в очі» із слухачами, будувати лекцію інтерактивно і реально досягати результату використовуванням візуальних матеріалів

В підсумку мистецтво лектора, з володінням ним різних форм викладання матеріалу, допомагає гарній організації роботи студентів на лекції. Зміст, чіткість структури лекції, застосування прийомів підтримки уваги - все це активізує мислення і працездатність, сприяє встановленню педагогічного контакту, викликає у студентів емоційний відгук, виховує навики працьовитості, формує інтерес до предмету.

ЛЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС НА КАФЕДРЕ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ № 1

Резюме. Переход отечественной высшей школы на новые формы учебы связанных со вхождением у болонский процесса, привел к оптимизации и введению новых форм учебы и подходов к практическим занятиям, самостоятельной работе студентов, в том числе и к чтению курса лекции. На кафедре базисным изменением стала унификация лекционного материала, динамическая коррекция содержимого лекций новыми научными данными, применение современных форм лекций.

Ключевые слова: лекция, новые лекционные формы, визуализация лекции, интерактивность.

LECTURE PROCESS ON DEPARTMENT of OBSTETRICS And GYNAECOLOGY №1

Podolyaka D., Drupp Y., Tutov S., Olshevskaya E..
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Passing of home higher school to the new forms of studies related to including at bolonskae process, resulted in optimization and introduction of new forms of studies and going near practical employments, independent work of students, including to reading of course of lecture. On a department the unitization of lecture material became a base change, dynamic correction of content of lectures by new scientific data, application of modern forms of lectures.

Keywords: lecture, new lecture forms, visualization of lecture, interactives

УДК 378.147+616-097-036.1

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ ПРОЦЕССЕ

Прилуцкий А.С.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В статье приводятся основные этапы разработки и практической реализации педагогических нововведений в учебном процессе.

Ключевые слова: инновационный процесс, педагогические нововведения.

Постоянное развитие – неотъемлемая часть любой человеческой деятельности. Накапливая опыт, приобретая навыки, совершенствуя способы, методы действий, расширяя свои умственные возможности, человек тем самым постоянно развивается. Этот же процесс является характерным в любой человеческой деятельности, в том числе и медицинской. Истоки инноваций тесно связаны с историей человечества. На разных стадиях своего развития общество предъявляло всё более новые стандарты и требования к рабочей силе, а также качеству производимого товара или услуги. Это обусловило необходимость развития системы образования. Одним из средств такого развития являются инновационные технологии, т.е. это принципиально новые способы, методы взаимодействия преподавателей и студентов, которые оптимизируют эффективное достижение результата педагогической деятельности.

В педагогической науке, сравнительно недавно, возникло принципиально новое и важное направление — теория новаций и инновационных процессов. Научные инновации, способствующие прогрессу, объединяют многие области человеческих знаний. Наиболее часто используются социально-экономические, организационно-управленческие, технико-технологические инновации. Одной из разновидностей социальных инноваций являются педагогические инновации. Педагогическая инновация - это “целенаправленное, прогрессивное нововведение, направленное на позитивное изменение, вносящее в образовательную среду стабильные элементы, улучшающие характеристики, как отдельных ее компонентов, так и самой образовательной системы в целом”. Источники педагогических инноваций могут быть различными:

- собственные ресурсы образовательной системы (интенсивный путь развития);
- внешние ресурсы, когда привлекаются дополнительные мощности, — новые средства, оборудование, технологии, капитальные вложения и т. п. (экстенсивный путь развития).

Соединение интенсивного и экстенсивного путей развития педагогических систем позволяет выбирать оптимальное сочетание, при этом осуществлять "интегрированные инновации", которые строятся на стыке различных уровней педагогических подсистем и их компонентов. К высшему уровню относятся инновации, затрагивающие всю педагогическую систему. При этом прогрессивные нововведения возникают на научной основе и способствуют повышению качества образования. Интегрированные инновации, как правило, являются осознанными преобразованиями, происходящими из

глубинных потребностей и знания особенностей педагогической системы. Таким образом, дополнив образовательный процесс новейшими концепциями, технологиями, можно повысить общую эффективность педагогической системы. При этом важен вопрос выбора объекта и направленности инновационных преобразований.

Основными направлениями и объектами инновационных преобразований в педагогике являются:

- разработка новых концепций и стратегий развития образования и образовательных учреждений;
- проектирование новых моделей образовательного процесса;
- изменение и разработка новых технологий обучения и воспитания;
- совершенствование управления образовательными учреждениями и системой образования в целом;
- обновление содержания образования;
- разработка учебников и учебных пособий нового поколения и др.;
- улучшение подготовки педагогических кадров и повышения их квалификации в соответствие с новыми качественными требованиями ;
- обеспечение психологической, экологической безопасности учащихся, разработка здоровье сберегающих технологий обучения;
- обеспечение успешности обучения и воспитания, мониторинг образовательного процесса и развития учащихся.

Следует отметить что, педагогические инновации осуществляются по определенному алгоритму. П.И.Пидкасистый выделяет десять этапов разработки и реализации педагогических нововведений:

1. Разработка комплекса критериев для оценки в аудите состояния педагогической системы, подлежащей реформированию. На этом этапе нужно выявить потребность в нововведениях.
2. Всесторонняя проверка и оценка качества педагогической системы для определения необходимости ее реформирования с помощью специального инструментария.

Экспертизе должны подвергаться все компоненты педагогической системы. В итоге должно быть точно установлено, что необходимо реформировать как устаревшее, неэффективное и нерациональное.

3. Поиски образцов педагогических решений, которые носят опережающий характер и могут быть использованы для моделирования нововведений. На основе анализа банка передовых педагогических технологий нужно отыскать материал, из которого можно создать новые педагогические конструкции.
4. Всесторонний анализ научных разработок, содержащих творческое решение актуальных педагогических проблем.
5. Проектирование инновационной модели педагогической системы в целом или ее отдельных частей. Создается проект нововведения с конкретными заданными свойствами, отличающимися от традиционных вариантов.
6. Исполнительская интеграция реформы. На этом этапе необходимо персонализировать задачи, определить ответственных, средства решения задач,

установить формы контроля.

7. Проработка практического осуществления известного закона перемены труда. Перед внедрением в практику нововведения необходимо точно рассчитать его практическую значимость и эффективность.

8. Построение алгоритма внедрения в практику новшеств. В педагогике разработаны подобные обобщенные алгоритмы. В них имеются такие действия, как анализ практики для поиска участков, подлежащих обновлению или замене, моделирование нововведения на основе анализа опыта и данных науки, разработка программы эксперимента, мониторинг его результатов, внедрение необходимых корректив и итоговый контроль.

9. Введение в профессиональную лексику новых понятий или переосмысление прежнего профессионального словаря. При отработке терминологии для ее внедрения в практику руководствуются принципами диалектической логики, теории отражения, и др.

10. Защита педагогической инновации от псевдоноваторства. При этом необходимо придерживаться принципа целесообразности и оправданности нововведений. История свидетельствует, что иногда затрачиваются огромные усилия, материальные средства, социальные и интеллектуальные силы на ненужные и даже вредные преобразования. Ущерб от этого бывает невосполнимым, поэтому нельзя допускать ложного педагогического новаторства.

Однако при внедрении инновационных процессов существуют реальные барьеры. Наиболее часто выделяют следующие:

- консерватизм определенной части педагогов (особенно опасен консерватизм администрации образовательных учреждений и органов образования);
- слепое следование традиции;
- отсутствие необходимых педагогических кадров и финансовых средств, для поддержания и стимулирования педагогических инноваций, особенно для педагогов-экспериментаторов;
- неблагоприятные социально-психологические условия конкретного образовательного учреждения и др.

При организации инновационной деятельности также следует помнить, что:

- в педагогике, по мысли К.Д. Ушинского, передается не опыт (технология), а мысль, выведенная из опыта;
- "чужой" опыт педагог должен "пропускать через себя" (через свою психику, сложившиеся взгляды, способы деятельности и т. д.) и вырабатывать свой метод, в наибольшей степени соответствующий уровню своего личностного и профессионального развития;
- инновационные идеи должны быть четкими, убедительными и адекватными, в последующем они должны быть трансформированы в конкретные цели, задачи и технологии;
- инновация должна овладеть умами и средствами всех (или большинства) членов педагогического коллектива;

- инновационная деятельность должна морально и материально стимулироваться, необходимо правовое обеспечение инновационной деятельности;
- в педагогической деятельности важны не только результаты, но и способы, средства, методы их достижения.

Несмотря на очевидную необходимость инноваций в специально-образовательном и педагогическом процессах, тем не менее, существует ряд объективных причин препятствующих их внедрению в практическую деятельность, что в определенной степени тормозит развитие педагогики и совершенствования качества образования. Решение проблем, препятствующих внедрению инновационных технологий, позволит существенно повысить качество обучения студентов и их профессиональную подготовку для будущей врачебной деятельности.

Резюме. У статті наводяться основні етапи розробки та практичної реалізації педагогічних нововведень у навчальному процесі.
Ключові слова: інноваційний процес, педагогічні нововведення

USING OF INNOVATION TECHNOLOGY PRINCIPLES IN EDUCATION PROCESS

Prilutskiy A.S.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. In the article presents the main stages of the development and implementation of pedagogical innovations in the education process.
Key words: innovation, educational innovations

УДК 378.148-49+378.147:[616-097-036.1+616.43]+004

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕСС ОБУЧЕНИЯ - НЕОБХОДИМОЕ УСЛОВИЕ ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ-МЕДИКОВ

Прилуцкий А.С.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Описаны особенности использования информационных технологий в процессе подготовки студентов на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии. Обоснована необходимость самоконтроля и самоанализа со стороны студента в процессе освоения материала.
Ключевые слова: информационные технологии, Болонская система, педпроцесс.

Познавательная направленность, интерес, потребность познания – все это необходимые условия учебной активности и деятельности. Учебная информация активно воспринимается тогда, когда у студентов возникает необходимость в её восприятии. Одно и то же содержание изучаемого предмета одинаковой степени сложности может усваиваться по-разному в зависимости от способа его представления, мотивов восприятия и интереса студентов. Устойчивые интересы студентов к своей будущей деятельности, к конкретному предмету возникают в процессе учебной и научной деятельности. При сокращении аудиторного времени актуальным является упор педагогической

деятельности на самостоятельную работу студентов под руководством и контролем преподавателя. Эта работа включает подготовку к аудиторным занятиям и выполнение соответствующих заданий, работу над отдельными темами; подготовку к тестовым заданиям, а также к зачетам и экзаменам.

Такое обучение по своему определению требует от учащихся умения управлять своим учебным процессом (планирование, организация, контроль), высокой самоорганизованности, определенных способностей, навыков, умений оценивать результаты своего обучения, самостоятельно находить проблемы в усвоении материала, т.е. обучаемому самому приходится обобщать изучаемый материал, анализировать проделанную учебную работу, оценивать свою деятельность, задумываться над неудачами, оценивать уровень выполненных заданий. Таким образом, студент должен самостоятельно оценивать свою степень готовности к очной встрече с преподавателем. В то же время большой объем изучаемых самостоятельно материалов требует периодической проверки уровня понимания основных моментов изучаемых предметов.

Поэтому основной частью процесса управления учебной деятельностью является самоконтроль этого процесса, с тем, чтобы убедиться, что требуемые материалы достаточно хорошо усвоены. Самооценка знаний, умений, навыков, полученных в процессе дистанционного обучения, приобретает особое значение еще и ввиду отсутствия непосредственного контакта обучающегося и педагога. При этом если недостаточно отработаны навыки самоконтроля, то студенты привыкают к тому, что их деятельность исправляет преподаватель и привыкают адресовать ее внешнему контролю.

Самоконтроль и самооценка учащихся будет эффективно влиять на формирование позитивного отношения к обучению только при наличии методического и тестового материала, позволяющего:

- планировать студенту свою учебную деятельность;
- ставить цели и уметь решать учебные проблемы;
- систематизировать учебный материал;
- выделять основные идеи, отделять главное от второстепенного;
- способствовать оценке результатов и самооценке на всех этапах учебной деятельности путем тестирования и сравнения информации.

Неотъемлемой частью педагогических технологий учебного процесса является осуществление контроля аудиторной и самостоятельной работы (текущий контроль), контроля общеобразовательных знаний, которыми обладает студент на данный момент (исходный контроль), а также остаточных знаний после изучения данной дисциплины.

Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии располагает полным комплектом задач и тестов различной степени сложности, приближенным к конкретной специальности. Внедряется компьютерная технология с программным обеспечением. Работа студента с компьютерной обучающей программой способствует познавательной деятельности, активизирует мышление и усвоение изучаемого материала. Однако из процесса обучения и контроля знаний не следует исключать проведение преподавателем

консультаций в рамках учебного времени и специально отведенных часов в расписании. Именно на таких занятиях консультативного характера обеспечиваются дискуссионные отношения между преподавателем и студентами, стимулируются процессы выработки новых идей, оптимизируется обучение студентов. Качественный процесс обучения – это комплексный подход к изучению и контролю знаний дисциплины, включающий современные информационные технологии, а также дискуссионный характер обсуждения конкретных клинических случаев при освоении практических навыков.

Резюме. Описано особливості використання інформаційних технологій в процесі підготовки студентів на кафедрі клінічної імунології, алергології та ендокринології. Обгрунтовано необхідність самоконтролю і самоаналізу з боку студента в процесі освоєння матеріалу.

Ключові слова: інформаційні технології, Болонська система, педпроцес.

THE INTRODUCTION OF MODERN INFORMATION TECHNOLOGY – NECESSARY CONDITION FOR INCREASING QUALITY EDUCATION OF MEDICAL SPECIALISTS

Prilutskiy A.S.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The features of the use of information technology in training students in the department of clinical immunology, allergology and endocrinology. The necessity of self-control and self-examination by the student in mastering the material is grounded.

Key words: information technology, Bologna system, pedagogical process.

УДК 378.147+616-097-036.1

НАУКОВІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОЇ МОБІЛЬНОСТІ ВИКЛАДАЧА ВИЩОЇ ШКОЛИ

Прилуцький О.С.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Резюме. У статті викладені сучасні вимоги до викладання у вищій школі, які необхідні для нового рівня професійного розвитку сучасного викладача.

Ключові слова: викладач, наукові засади, професійна мобільність, сучасний викладач, професійний розвиток.

Сучасному викладачу необхідний якісно новий рівень професійного розвитку, який пов'язаний в першу чергу з іншим поглядом, іншим способом мислення, поведінки та діяльності, відношенням до себе і студентів як до вільних і відповідальних людей. Викладач повинен бути відкритим для нового досвіду, нового знання, одержувати задоволення від своєї праці. Відповідно до свого призначення в сучасних умовах він має вибудовувати свою діяльність на основі принципів наукової організації педагогічної праці, володіння теоретичними основами, прийомами та засобами широкого використання теорії у практиці підготовки майбутніх фахівців, методикою освоєння спеціальності викладача, попередження професійних деформацій, вміти формулювати мету професійної діяльності, оцінювати її ефективність тощо.

На нашу думку, професійна мобільність викладача ВНЗ – це його готовність та здатність до:

- швидкої зміни завдань і видів професійно-педагогічної діяльності, інтеграції змісту суміжних навчальних дисциплін, його відповідної дидактичної обробки та майстерності викладачу студентам;

- продуктивного опанування суміжними навчальними курсами, посадами науково-педагогічних працівників і спеціалізація ми в рамках спеціальності, галузі науки;

- опанування новими спеціальностями науково-педагогічних працівників та змінами у своїй та суміжних галузях науки;

- творчої зміни стилю та змісту своєї діяльності відповідно до нових підходів у галузі своєї професії та суміжних професійних галузях;

- планування та здійснення саморозвитку, попередження професійних деформацій.

Професійна мобільність викладача передбачає системне бачення його професії, володіння високого рівня узагальнення системою знань професійно-педагогічних та суміжних галузей науки й уміннями їх ефективного застосування.

Попередній аналіз дозволяє визначити структуру професійної мобільності викладача ВНЗ. До її складу, на нашу думку, слід включити три основних компоненти (модулі): професійно-педагогічний, соціально-психологічний та науково-дослідний, які у свою чергу, складаються з умінь та якостей необхідних для професійно-мобільного викладача.

Викладач має уміти ставити перед собою якомога більш високі та конкретні цілі (низькі та неконкретні цілі приведуть до відповідного результату), бути оптимістом та безмежно вірити у можливість їхнього досягнення! Недарма видатний американський винахідник та підприємець Томас А. Едісон зазначав, що ми були б приголомшені до глибини душі, якщо б здійснювали все, на що здатні.

Викладач має володіти високим рівнем суб’єктивного контролю над значущими життєвими ситуаціями та, зокрема, ситуаціями професійної діяльності (висока особиста відповідальність, здатність контролювати розвиток подій у різних сферах міжособистісні та сімейні стосунки, виробничі та ділові відносини, сфери досягнень та невдач, різноманітні життєві події), керувати ними.

Професійне зростання викладача спирається на професійні плани й визначається набутим досвідом та особистісним зростанням. Як показують проведені дослідження, більшість педагогів вибрали свою професію, керуючись високими моральними почуттями: любов’ю до педагогічної праці, розумінням її соціальної значущості, прагненням передати свої знання й досвід студентам. У їх основі лежить покликання до педагогічної діяльності – яскраво визначене прагнення займатися навчанням та вихованням студентів. У покликанні виражається стійка спрямованість людини на такий вид діяльності, у сфері якої вона може принести найбільшу користь суспільству та реалізувати себе.

Викладач має навчитись знаходити ресурси усередині себе, в ситуаціях, коли здається, що нічого зробити неможливо.

Допомогти викладачу зробити це можливо в процесі соціально-психологічного тренінгу. На нашу думку, якщо теоретично обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити ефективну педагогічну технологію інноваційної життєтворчої діяльності викладача, основою якої є емоційно-ціннісна складова, психологічний потенціал викладача в інноваційному середовищі, то це дозволить в процесі тренінгу позитивно впливати на його професійну діяльність й слугуватиме основою для саморозвитку та самовдосконалення особистості. Для цього вважається за необхідне:

- Здійснити теоретичний аналіз проблеми емоційно ціннісного ставлення викладачів вищої школи до своєї професійно-педагогічної діяльності;
- Побудувати модель взаємодії психолого-педагогічних чинників інноваційної життєтворчої діяльності викладача;
- Розробити ефективну технологію інноваційної життєтворчої діяльності викладача ВНЗ та відповідний тренінг корекції емоційно ціннісного ставлення викладачів до реалізації цієї діяльності.

Практика останніх років свідчить про те, що в умовах нових соціально-економічних відносин, що все більше стверджують себе на Україні, педагогічна наука не може не порушувати питання забезпечення особистої та міжособистісної ефективності фахівців, їхньої професійної мобільності. Отже, одним із найважливіших завдань постає необхідність реформувати навчальний процес у ВНЗ та систему післядипломної освіти так, щоб збагатити їх рекомендованими педагогічною наукою інноваціями та педагогічними технологіями, забезпечити високу всебічну підготовку та ефективність підготовки фахівців.

В системі освіти нашої держави сьогодні продовжується процес переходу до нових парадигмальних засад, насамперед, до фундаментальності та гуманістичного світобачення. Провідним напрямом освітньої політики стає особисто розвивальний напрям. На порядку денному стоїть питання про докорінне удосконалення процесу підготовки фахівців у контексті всіх позитивних надбань вітчизняної системи вищої освіти та Болонського процесу. За таких умов ще більш актуальною стає проблема забезпечення високого рівня професіоналізму тих, хто організовує та бере участь у навчально-виховному процесі.

Причини, які обумовлюють необхідність формування професійно мобільного викладача ВНЗ можуть бути зовнішніми та внутрішніми. Перші викликані об’єктивною необхідність зміни педагогічної спеціальності, спеціалізації, статусу особистості внаслідок розвитку та реформування освітньої галузі. Другі обумовлені суб’єктивними (індивідуальними) особливостями, пов’язаними з мотивацією успіху, спрямованістю особистості на вдосконалення професійних навичок, саморозвиток (що можна розглядати як внутрішнє самовдосконалення особистості, яке базується на відповідних цінностях і потребах), кар’єрне зростання. Внутрішні причини можуть бути пов’язані також із схильністю людини до зміни предметної діяльності, пізнім професійним самовизначенням, різноманітними особистими проблемами,

можливістю зміни місця проживання, погіршення стану здоров'я тощо.

Ці та інші обставини роблять актуальною наукову проблему, яка полягає в теоретичному обґрунтуванні та експериментальній апробації системи формування профмобільності викладача у післядипломній педагогічній освіті.

За В. Безруковою професійна мобільність – це готовність і здатність робітника до швидкої зміни виробничих завдань, робочих місць і навіть спеціальностей в рамках однієї професії та галузі, здатність швидко опановувати новими спеціальностями та змінами у них, що виникають під впливом технічних перетворень.

М. Дяченко та Л. Кандибович під професійною мобільністю розуміють готовність та здатність фахівця до оперативного відбору та реалізації оптимальних способів виконання різноманітних завдань у межах своєї професії, успішного переключення на іншу діяльність або зміни видів діяльності. Професійна мобільність, на їхню думку, передбачає також володіння системою узагальнених професійних прийомів і вміння ефективно їх використовувати для виконання будь-яких завдань у суміжних галузях. В умовах швидких змін техніки і технології виробництва професійна мобільність виступає важливим компонентом кваліфікаційної структури спеціаліста.

Аналіз психолого-педагогічної літератури засвідчив, що практично перелічені вчені наголошують на необхідності підготовки професійно мобільного фахівця, конкурентоспроможного на ринку праці.

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МОБИЛЬНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Резюме. В статье изложены современные требования к преподаванию в высшей школе, которые необходимы для нового уровня профессионального развития современного педагога.

Ключевые слова: преподаватель, научные основы, профессиональная мобильность, современный преподаватель, профессиональное развитие.

THE SCIENTIFIC PRINCIPLES OF PROFESSIONAL MOBILITY FOR LECTURERS IN HIGHER EDUCATION

Prilutskiy A.S.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This article describes the current requirements for teaching in higher education that are necessary for a new level of professional development of the modern lecturer.

Keywords: lectures, scientific principles, professional mobility, the current lecture professional development.

УДК 378.124

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Прохоров Е.В., Остропolец М.С., Толстикова Е.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В статье рассматриваются вопросы, связанные с личностными качествами врача-педиатра. Определены наиболее значимые.

Ключевые слова: врач, педиатр, личность

Несмотря на возросшую значимость и развитие технического оснащения медицины, создание современных методик обследования с применением инновационных методов, по-прежнему доминирующее значение имеет личность врача. Особенно это важно для педиатра, который имеет дело, с одной стороны с особым пациентом в смысле его возраста, а с другой стороны с родителями больного. Только индивидуальный подбор специфических качеств личности является залогом успеха этого общения [1].

Главная особенность профессии педиатра — в возможности установления контакта с матерью, целенаправленного ее расспроса, т. е. сбор анамнеза, который, как известно, составляет чуть ли не более 70% в постановке диагноза. Необходимо ненавязчиво руководить этим процессом, задавая четкие вопросы и в то же время стимулируя мать к наиболее последовательному изложению признаков заболевания. Для этого необходимы навыки психолога, умения сразу расположить к себе родственников. При этом необходимо выразить свое сострадание к больному ребенку, поскольку процесс общения и в дальнейшем построения выздоравления маленького пациента складывается в полном смысле этого слова, если доктор вызывает доверие. Хорошо известна фраза: «Настоящий врач тот, после посещения которого больному сразу становится немного легче». Можно дискутировать, насколько сейчас правильно это мнение, но безусловно, мать ребенка будет лучше выполнять назначения, если тактика врача ей понятна и близка. Поэтому педиатр должен обладать широким кругозором, большим словарным запасом и располагающей внешностью, прежде всего демонстрируя свою искреннюю заинтересованность помочь больному ребенку.

Маленький пациент, который может еще не уметь разговаривать, ни в коем случае не должен испугаться доктора, поэтому при первом контакте улыбкой и мягким обращением необходимо «завоевать» малыша. Ведь последующие 25% диагноза зависят от того, как ребенок будет осмотрен. Необходимо виртуозно владеть методикой объективного обследования, чтобы провести его не только качественно, но и быстро, пока ребенок дает себя осмотреть, не плачет. Для верной трактовки полученных данных учитываются и анатомо-физиологические особенности. Ведь дети не жалуются, искренне считая, что «чувствуют себя хорошо», даже если имеются серьезные нарушения функций органов.

Именно поэтому педиатр должен обладать редким вниманием, умением трактовать даже косвенные признаки болезни. Необходимо постоянное совершенствование своих умений и практических навыков. Зачастую врач самостоятельно находит симптомы заболевания, пожаловаться на которые ребенок просто не в состоянии. И ведь ему проще на вопрос врача ответить «да»,вместо «нет». Какая уж тут объективность? Поэтому педиатр должен не только знать эти особенности детской психологии, но и быть готовым к индивидуальному подходу к ребенку [2].

Личностные качества педиатра должны включать и способность действовать оперативно, принимать быстрые решения в непредвиденных

обстоятельствах, например, при неотложных состояниях, развивающихся в раннем возрасте достаточно часто и очень стремительно. Успех, заключающийся в этом случае в спасении жизни пациента возможен только при мобилизации всех усилий, профессионализма в сочетании с опытом.

Деятельность врача-педиатра является многоплановой и может быть результативной, если опирается не только на специальные знания, но и на умение ими пользоваться, для чего необходимы ясность и гибкость ума, рассудительность в выводах и решениях, предвидение последствий своих действий. Наблюдательность, готовность к получению новой информации, последовательность, самостоятельность, нетерпимость к шаблонным действиям, а также быстрое сосредоточение на конкретной ситуации, энергичность и работоспособность в сочетании с психологической мудростью являются главными особенностями личности профессионала — педиатра.

Литература:

1. Бондаренко Е.В. Профессиональные качества врача. - Медицина, 2011. - с. 18

2. Лосев С.И., Бородулина Т.А. Роль педиатра в формировании здорового образа жизни у детей и подростков //Рос. Пед. Журнал. - 2006.- №2.- С.44-48

Резюме. У статті розглядаються питання, пов'язані з особистісними якостями лікаря-педіатра. Визначено найбільш важливі.

Ключові слова: лікар, педіатр, особистість

PERSONAL FEATURES OF THE PEDIATRICIAN

Prokhorov E.V., Ostropolets M.S., Tolstikova E.A.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The article discusses issues related to the personal qualities of the pediatrician.The most significant ones are emphasized.

Keywords: doctor, pediatrician, personality

УДК 616-053.3+378.147.88

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ НЕОНАТОЛОГИИ - РАБОТА В СТУДЕНЧЕСКОМ НАУЧНОМ ОБЩЕСТВЕ

Прохоров Е.В., Воробьева О.В., Челпан Л.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье обсуждается альтернативный подход к изучению неонатологии – работа с студенческом научном обществе. Деятельность студенческого научного общества как метод адаптивного обучения повышает интерес студентов к изучению дисциплины, помогает студентам VI курса медицинских факультетов сформировать своё клиническое мышление на общепринятых новейших научных данных, расширить кругозор по неонатологии, создает условия для самообразования, саморазвития, воспитывает ответственность и всесторонне развитую личность.

Ключевые слова: учебный процесс, студенты, неонатология.

Неонатология является составной частью педиатрии и требует знания анатомо-физиологических особенностей растущего организма, особенностей формирования патофизиологических процессов, протекающих у плода,

больного и недоношенного ребенка в условиях влияния разнообразных факторов риска, включая лекарственные препараты с учетом особенностей их кинетики, а также основных концепций лечения, выхаживания и реабилитации наших пациентов.

В связи с переориентированием распределения студентов 6 курса медицинских факультетов на специальность "семейная медицина" возникла острая необходимость в повышении качества преподавания базовых разделов неонатологии на выпускающей, профильной кафедре педиатрии.

В рабочую программу по педиатрии для студентов VI курса медицинских факультетов включены отдельные темы по неонатологии, касающиеся вопросов асфиксии, первичной реанимации, перинатального поражения ЦНС, гнойно-воспалительных заболеваний, внутриутробной инфекции, геморрагического и желтушного синдромов у новорожденных детей. На изучение патологии новорожденных отведено ограниченное количество часов, а данный раздел является очень важным и сложным для понимания. Это положение отражает комплексный подход к обучению педиатрии в медицинских вузах [1-3].

Отличие рабочих программ для студентов, обучающихся по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия» на VI курсе, состоит в разном количестве часов, и соответственно, преподаваемых разделов дисциплины, вынесенных для изучения на практических занятиях и самостоятельно. И как следствие, сложно равноценно полноценно осветить разделы неонатологии студентам всех медицинских факультетов. После внесенных корректив в календарно-тематический план для студентов VI курса педиатрического отделения на неонатологию выделено 39 часов. В качестве альтернативных источников информации по обозначенным темам активно используются утвержденные Приказы МОЗ Украины - Протоколы по неонатологии.

Перспективным направлением работы кафедры педиатрии №1 по повышению качества изучения базовых разделов неонатологии является организация клинических конференций и работа в студенческом научном обществе (СНО). Участие в СНО подразумевает индивидуальную работу студентов с преподавателем, в частности, по неонатологии, что способствует достижению оптимального уровня знаний в соответствии с природными задатками и способностями студента, позволяет сформировать своё клиническое мышление на общепринятых новейших научных данных. По желанию в работе участвуют студенты всех курсов медицинских факультетов, особенный интерес предъявляют студенты, избравшие своей будущей специальностью профессию врача педиатра-неонатолога.

Перед преподавателем стоят следующие задачи:

- расширение знаний по неонатологии;
- научить выделять основное в диагностике и лечении патологии новорожденных;
- развитие творческого потенциала студентов с использованием современных методов обучения, личностно-ориентированного подхода к

обучению;

- улучшение успеваемости по педиатрии;
- развитие у студентов желания заниматься учебно-исследовательской работой по неонатологии;
- организация досуговой деятельности учащихся;
- сплочение коллектива;
- квалифицированно обеспечить первый опыт научно-исследовательской работы;
- участие в кафедральных клинических и научно-практических конференциях молодых ученых в День науки, олимпиадах по неонатологии;
- развитие чувства долга, ответственности, сострадания, готовности помочь ребенку.

Преподаватель предлагает учащимся различные виды деятельности, учитывая индивидуальные особенности, способности, базовый уровень, желания студентов. При подготовке материалов обсуждаются теоретические вопросы, проводится клинический разбор тематических больных, демонстрация современной аппаратуры, используемой неонатологии (кувезы, аппараты ИВЛ, для парентеральной терапии, фототерапии и др.), создаются фото и видеофильмы, мультимедийные проекты. Участники СНО занимаются исследовательской работой, принимают участие в “педиатрических неделях” научно-практических конференциях молодых ученых и т.д.

В целях оценки эффективности работы СНО предполагается заполнение студентами анкеты обратной связи, образец которой представлен далее.

Завершите предложения:

1. Принимая участие в СНО по неонатологии, я…
2. Больше всего на занятиях мне понравилось…
3. Мне не очень понравилось…
4. Основное, чему я научился (лась) при посещении СНО…
5. Мне хотелось узнать и увидеть при работе в СНО…

Ответы на вопросы анкеты позволят сделать вывод о целесообразности и эффективности деятельности СНО по неонатологии, работа в котором дает не только первый опыт в научно-исследовательской работе, но и развивает у студентов чувство ответственности, сострадания и милосердия. Работа в СНО поможет учащимся достичь положительных результатов, необходимых им для дальнейшей работы:

- расширить знания и умения по неоантологии;
- раскрыть творческий потенциал;
- развить чувство долга, милосердия, ответственности, патриотизма, профессионализма у учащихся;
- повысить средний балл по изучаемой дисциплине у кружковцев;
- использовать приобретенные знания в будущей практической деятельности;
- развить желание заниматься исследовательской деятельностью с

применением современных компьютерных технологий.

Таким образом, деятельность СНО как метод адаптивного обучения повышает интерес студентов к изучению дисциплины, помогает студентам VI курса медицинских факультетов сформировать своё клиническое мышление на общепринятых новейших научных данных, расширить кругозор по неонатологии, создает условия для самообразования, саморазвития, воспитывает ответственность и всесторонне развитую личность.

Литература:

1. Булах І.Є. Система управління якістю медичної освіти в Україні / Булах І.Є., Волосовець О.П., Вороненко Ю.В.- Дніпропетровськ: АРТ-ПРЕСС, 2003. - 211с.

2. Доказательная медицина. Библиотека cochrane / электронная база данных medline /[И.А. Красильников, Л.П. Зуева, Е.Н. Колосовская и др.]. – СПБ., 2002. - 34 с.

3. Методика визначення обсягу діяльності лікарів різних кваліфікаційних категорій / [В.М. Казаков, О.М. Талалаєнко, М.С. Каменецький та інш.]. - Київ, 1999.- 15 с.

Резюме. У статті обговорюється альтернативний підхід до вивчення неонатології - робота у студентському науковому суспільстві. Діяльність студентського наукового суспільства як метод адаптивного навчання підвищує інтерес студентів до вивчення дисципліни, допомагає студентам vi курсу медичних факультетів сформувати своє клінічне мислення на загальноприйнятих новітніх наукових даних, створює умови для самоосвіти, саморозвитку, виховує відповідальність і всебічно розвиту особистість.

Ключові слова: навчальний процес, студенти, неонатологія.

ALTERNATIVE APPROACH TO THE STUDY NEONATOLOGY – WORK IN STUDENT SCIENTIFIC SOCIETY

Prokhorov E.V., Vorobjova O.V., Chelpan L.L.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This paper discusses an alternative approach to the study of neonatology - work in the student scientific society. Activities student scientific society as a method of adaptive learning increases students' interest in the study subjects, the course helps students vi medical courses to form their clinical judgment on the latest generally accepted scientific data, to broaden horizons in neonatology, creates the conditions for self-education, self-development, fosters responsibility and well-rounded individuals.

Key words: teaching process, students, neonatology.

УДК 616¨С053.2:614.253.4¨С054.6:378.147:336.7

Прохоров Е.В., Остропольц М.С., Челпан Л.Л.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ №1

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье авторы анализируют вопросы современных технологий, применяющихся для оптимизации обучения студентов выпускного курса.

Ключевые слова: учебный процесс, Болонская система

Внедрение Болонской системы в процесс обучения в медицинских вузах

способствует решению задач модернизации образования с целью подготовки квалифицированных специалистов, способных к компетентной и эффективной деятельности по своей специальности на уровне мировых стандартов. Оптимизация высшего медицинского образован ¨С это приведение системы образования к такому уровню, который может обеспечить каждому учащемуся стабильные максимальные результаты обучения и воспитания. Это осуществляется совершенствованием всех звеньев учебного процесса: от повышения роли самостоятельной работы студентов до усиления значимости профессорско-преподавательского состава. В то же время эффективность педагогической деятельности преподавателя медицинского ВУЗа зависит не столько от знаний и навыков, сколько от способности донести педагогическую информацию различными способами и в быстром темпе.

В условиях нарастающего темпа обновления информации в медицине перед педагогическими коллективами стоит непростая задача создать условия и предложить инновационные эффективные технологии для обеспечения высокого качества образовательного процесса и профессионального развития. На кафедре педиатрии №1 учебный процесс строится в соответствии с программными материалами и Государственными стандартами с учетом выделенных в университете учебных часов. Достижение высоких конечных результатов при наименьших физических, умственных и временных затратах критерий оптимальности педагогической инновации. Конечный результат – педагогической деятельности в медицинском университете прочные и глубокие знания студента, его умение их использовать и, что более важно, самому приобретать в процессе своей профессиональной деятельности. Использование компьютерной техники в учебном процессе является важным компонентом подготовки студентов к их трудовой деятельности. Традиционное обучение – это самая распространенная форма обучения знаниям, умениям и навыкам. Оно предусматривает следующую его схему: изучение нового материала, его закрепление, контроль полученных знаний – оценка. В настоящее время компьютерные технологии позволяют усовершенствовать традиционную форму обучения путем включения компьютера в качестве тренажера и репетитора.

Основными функциями преподавателя в учебном процессе, который осуществляется с применением компьютера, являются следующие: отбор учебного материала и заданий на каждом этапе проводимого обучения; планирование, контроль и коррекция процесса обучения. Функция отбора учебного материала и необходимых заданий является сложной, зависит не только глубины знания предмета преподавателем, но и его педагогического опыта. В высшем медицинском учебном заведении компьютер выступает в роли технического средства обучения. Компьютерная техника дает возможность использовать учебный материал в различных формах: в виде тестовых заданий, дополнительного материала (схемы, рисунки, таблицы), отдельных разделов и глав конкретного учебника, электронных учебно-методических пособий и т. д. Применение в медицинском образовании

электронных учебников необходимо в ситуации недостаточного обеспечения учебно-методической литературой, а также в качестве способа разрешения противоречия между желанием охватить как можно большее количество демонстрационного материала и практической способностью его изготовления.

Выделяются три основные формы, в которых компьютер следует использовать при выполнении им обучающих функций: в качестве тренажера, как репетитор и как устройство, моделирующее определенные ситуации.

Обучение при помощи компьютера можно многократно повторять с целью закрепления полученных знаний или умений. В этом случае компьютер используется уже в качестве репетитора. Обратная связь осуществляется не только при контроле, но и в процессе усвоения знаний. Это дает обучающемуся возможность объективно оценить ход процесса его обучения соответствующему предмету.

С целью совершенствования педагогического процесса на кафедре педиатрии № 1 создан компьютерный класс. Имеется 5 персональных компьютеров, объединенных в сеть, и компьютер у преподавателя. Студенческие группы посещают класс в соответствии с графиком работы. В качестве методического обеспечения используется иллюстративный материал: рентгенограммы, электрокардиограммы, фотографии пациентов, электронные учебники и учебно-методические пособия. В компьютерном классе имеется пакет контролирующих тестов для проведения рубежного и модульного контроля знаний студентов. Как показывает практика, тестовые задания на компьютере студенты решают хуже, чем на бумажном носителе, поскольку они лишены возможности обмениваться информацией, заглядывать к более грамотным соседям или в свои записи. Следовательно, оценка, выставляемая компьютером студенту при контроле знаний, более объективна.

Электронное общение никогда не заменит обычного человеческого. Виртуальное общение никогда не заменит живой контакт между врачом и пациентом, поэтому одной из задач педагогического процесса в медицинском университете является воспитание навыков этого общения у студентов. Электронная связь может быть лишь дополнительным элементом. Это положение касается и взаимодействия между преподавателем и студентом.

В настоящее время в связи с реформированием образовательной системы изменились подходы в преподавании всех дисциплин, в том числе и педиатрии. Существующее традиционное обучение не всегда удовлетворяет требованию сближения процессов обучения и мышления. Мышление начинается тогда, когда возникает проблемная ситуация. Поэтому в преподавание всё шире внедряется проблемное обучение. Мы пытаемся формировать критическое мышление обучаемых, т.е. творческий подход к решению проблемы, через обсуждение проблемных ситуаций на практических занятиях. Внедряются также лекции проблемного характера. Мотивация к овладению новыми знаниями повышается при понимании ценности, необходимости, практической значимости изучения проблемы, поэтому в курсе образования наиболее эффективны такие педагогические технологии, как ролевые и имитационные

игры, моделирование, анализ диагностически сложных случаев заболеваний в клинической практике.

В обучении реализуются основные образовательные программы с использованием дистанционных образовательных технологий, которые включают в себя кейсовую и интернет- (сетевую) технологии. Кейсовая технология – это специализированные наборы учебно-методических комплексов, предназначенные для самостоятельного изучения студентов. На кафедре педиатрии №1 разработаны электронные учебно-методические комплексы для студентов, обучающихся по различным специальностям, которые представлены набором образовательных ресурсов (сборник ситуационных задач, набор тестов, конспекты лекций, методические разработки для самостоятельной работы и т.д.). Учебно-методический комплекс содержит электронные учебно-методические пособия по детской эндокринологии, нефрологии, подготовленные сотрудниками кафедры.

Применение информационных технологий в процессе организации самостоятельной работы студентов позволяют в значительной мере интенсифицировать и активизировать этот процесс. Создание и использование компьютерных тестирующих, диагностирующих и контролирующих систем оптимизирует труд преподавателя, позволяет при минимальных затратах времени оценить знания всех студентов, развивать скорость мышления, внимание и способствует более регулярной и добросовестной работе.

Таким образом, современные педагогические технологии органично вписываются в традиционный процесс обучения, оптимизируют и совершенствуют его.

Литература:

1. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Роль инновационных педагогических технологий в подготовке врачей общей практики // 3-й съезд врачей общей практики/семейной медицины / Ассоциация врачей общей практики. Белгород, 2008.С 1-3.

2. Teterin G.P. Conception of university LAN-based informatization Professional systems realization and application in medicine//Proc. of XXII International Conference CAD-95. - Gurzuf, 1995. - p.157-158.

3. Шляхова Г.Н., Балашова М.Е., Шеметова Г.Н., Красникова Н.В., Рябошапко А.И., Рыжкова Л.К., Илясова Т.А. Современные инновационные педагогические технологии в подготовке специалистов первичного звена здравоохранения// Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 1. С. 165-168.

Резюме. У статті автори аналізують питання сучасних технологій, що застосовуються для оптимізації навчання студентів випускного курсу.

Ключові слова: навчальний процес, Болонська система

WAYS OF THE EDUCATIONAL PROCESS OPTIMIZATION AT THE PEDIATRICS DEPARTMENT №1

Prohorov E.V., Ostropolets M.S., Chelpan L.L.
Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Summary. The authors analyze the issues of modern technologies, which are being used to optimize the education of graduates.

Keywords: educational process, the Bologna system

УДК 616-053.2:378.244.6+378.193

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ВИПУСКНОГО ЕКЗАМЕНУ З ПЕДІАТРІЇ ДЛЯ АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІВ НА ПЕДІАТРІЧНІЙ КАФЕДРІ

Прохоров Є.В., Толстікова О.О., Остропольець М.С.
Донецький національний медичний університет ім.. М. Горького

Резюме. В роботі викладені питання проведення державного практично-орієнтованого випускного екзамену з педіатрії для англомовних студентів на випускній педіатрічній кафедрі.

Ключові слова: випускний екзамен, педіатрія, англомовні студенти.

Кінцевою ціллю навчання у вищому медичному закладі являється підготовка спеціаліста, що має певні компетенції та який здатен на підставі співкупності знань, вмінь та навичок встановити попередній діагноз та визначити тактику ведення хворого. Заключним етапом та логічним завершенням навчання з педіатрії є державний випускний практично-орієнтований екзамен з педіатрії.

Ціль роботи: розглянути питання організації державного випускного практично-орієнтованого екзамену з педіатрії для англомовних студентів на випускній педіатрічній кафедрі.

Материали та методи. Проаналізовано деякі особливості організації державного випускного практично-орієнтованого екзамену з педіатрії шляхом вивчення основних етапів його проведення.

Результати та їх обговорення

З 2008-2009 учбового року кафедра педіатрії №1 Донецького національного медичного університету проводить державний випускний практично-орієнтований екзамен з педіатрії для англомовних студентів.

Першим етапом екзамену являється тестовий екзамен «Крок2», який англомовні студенти пишуть у визначений для всіх випускників день. Із 200 запропонованих тестових завдань, як правило, біля 20% складають тести педіатричного профілю, що торкаються питань діагностики, обстеження, тактики ведення, диспансерного спостереження і невідкладних станів при найбільш розповсюджених хворобах дитячого віку.

З ціллю підготовки до письмового екзамену «Крок2» на кожному із 18 занять з педіатрії протягом 1 години проводиться розбір тестів з банку тестових завдань попередніх років, які знаходяться в електронному вигляді у вільному доступі в інтернеті. Крім того, кафедральним колективом підготовлено англомовний навчально-методичний посібник “Tests on Pediatrics”, у якому в наявності є подібні за структурою (формат А) та схожі за змістом тести, які дозволяють субординаторам готуватися не тільки до поточного й заключного модульного тестового контролю, але й до «Крок2».

Необхідно відзначити, що другий етап випускного екзамену з педіатрії складається з двох частин. Перша частина дозволяє оцінювати знання та вміння студента проводити обстеження дитини. З ціллю забезбечення цього етапу екзамену англомовні викладачі кафедри педіатрії №1 щорічно готують 18-20 виписок з історій хвороби дітей з різноманітною патологією англійською мовою. Шляхом випадкової виборки студент отримує історію хвороби, в якій викладені скарги, анамнез захворювання і життя дитини, таким чином у нього є усі необхідні для визначення ведучого синдрому захворювання данні англійською мовою. Біля ліжка хворого студент демонструє екзаменаційній комісії практичні навички з обективного обстеження дитини. Далі в екзаменаційній кімнаті студент заповнює форму, в якій вказує ведучий синдром захворювання і план обстеження хворого, після чого трактує результати лабораторного та інструментального дослідження, формулює діагноз с урахуванням сучасних класифікацій, визначає лікувальну тактику, прогноз та профілактику захворювання і його ускладнень у конкретного хворого. Цей етап державного випускного практично-орієнтованого екзамену представляється найбільш важливим, оскількі дозволяє оцінити не тільки знання і навички обстеження дитини студентом, але й його вміння осмислити інформацію та застосувати її на практиці. Безумовно, проведення даного етапу іспиту – це великий та складний розділ роботи, який перед усім починається з підбору тематичних хворих, які знаходяться на стаціонарному лікуванні під час проведення екзамену, підготовку виписок із історій хвороби і наборів результатів лабораторних та інструментальних досліджень, адаптованих для студентів, а потім переклад на англійську мову та тиражування. Наявність таких матеріалів облегчає роботу англомовним студентам, але складає додаткове навантаження для англомовних викладачів.

Другий етап екзамену складається з розв’язання чотирьох завдань, серед яких діагностика невідкладного стану, трактування результатів лабораторного та інструментального дослідження, та лікування невідкладного стану. Крім того, у цей етап входить демонстрація п’яти медичних маніпуляцій, а саме проведення внутрішньовенних та внутрішньом’язових ін’єкцій, штучного дихання та непрямого масажу серця, промивання кишечнику та вимірювання артеріального тиску.

Заключна оцінка являється сумарною і складається з оцінювання двох етапів екзамену.

Висновки. Таким чином, вказана методика проведення державного випускного практично-орієнтованого екзамену дозволяє перевірити теоретичний і практичний рівень знань англомовних студентів-випускників.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫПУСКНОГО ЭКЗАМЕНА ПО ПЕДИАТРИИ ДЛЯ АНГЛОЯЗЫЧНЫХ СТУДЕНТОВ НА ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ

Резюме. В работе изложены вопросы проведения государственного практически-ориентированного выпускного экзамена по педиатрии для англоязычных студентов на выпускающей педиатрической кафедре.

Ключевые слова: выпускной экзамен, педиатрия, англоязычные студенты.

FINAL STATE EXAMINATION ON PEDIATRICS FOR ENGLISH SPEAKING STUDENTS ON PEDIATRICS DEPARTMENT

Prokhorov Y.V., Tolstikova, E.A., Ostropoletz M.S.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Final State Examination on pediatrics for English speaking students has been discussed in the paper. Examination procedure and standards implemented have been described in details.

Key words: Final State Examination, Pediatrics, English speaking students.

УДК: 616-053.2:378.096;378.147+371.315

РОЛЕВАЯ ИГРА, КАК МЕТОД ИНТЕРАКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ

Самойленко И.Г., Максимова С.М.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье предпринято нововведение в тематическое занятие в виде ролевой игры между студентами. Метод интерактивного обучения в медицинском университете способствует началу формирования клинического мышления будущих врачей.

Ключевые слова: студенты, ролевая игра, интерактивное обучение

Ролевая игра, как взаимодействие – это и будет интерактивное общение, что в медицинском ВУЗе предполагает определенное формирование клинического мышления у будущих врачей. Целью нашего исследования было внедрение ролевой игры (РИ) как неформального общения студентов между собой для улучшения запоминания клинических проявлений различных симптомов и формирования, в конечном итоге, у них навыков выхода на синдром поражения. Мы предприняли попытку внедрить РИ, как метод интерактивного общения студентов 3 курса при изучении темы «Семиотика и синдромы поражения желудочно-кишечного тракта у детей».

Общение в процессе занятия преподавателя со студентами, студентов с преподавателем и между собой, постановка предварительного синдрома поражения по данным жалоб, анамнеза, объективногго обследования тематических пациентов вызвала большой интерес как у отечественных, так и у иностранных студентов. Это и работа в команде под руководством преподавателя, направленная на решение общей задачи, анализ конкретной ситуации, поиск вариантов синдрома поражения ЖКТ, имитация реальной профессиональной деятельности врача педиатра [1].

Внедрение метода интерактивной работы студентов в виде РИ в малых группах состоит в том, чтобы сделать каждого студента индивидуально сильнее в его собственной позиции. Студенты, под руководством преподавателя, разбирают вместе то, что они могут в последующем использовать индивидуально, включая правила этики и деонтологии, а также психологии общения пациента и врача [2].

Материалы и методы. Продолжительность интерактивной РИ для каждой студенческой группы составляла от 10 до 15 минут, (в группе 2 студента: «доктор», «пациент»), таким образом удалось задействовать всех студентов

группы одновременно в течение занятия. Преподаватель около 2 минут обосновывает актуальность, раскрывает сложность проведения и оценки результата этого навыка в теории и на практике; указывает связь проблемы с будущей профессиональной деятельностью врача семейной практики; формулирует цели и задачи выполнения навыка постановки синдрома поражения ЖКТ у детей.

Каждый студент из групп 3 курса, обучаясь на кафедре пропедевтики педиатрии по вышеуказанной теме, получал индивидуальное задание в виде синдрома поражения. Группа условно была разделена на «пациентов» и «врачей». Преподаватель объяснил в начале интерактивной РИ, что достижение хорошего результата возможно лишь в том случае, если все жалобы, анамнез и объективные данные будут правильно изложены и интерпритированы. Тогда для условного «доктора» не представится трудным предположить синдром поражения, и тот, кто в команде играет роль «пациента», тоже достигнет хорошего результата, закрепив основные жалобы. От правильной постановки синдрома поражения органов ЖКТ и совместной интерактивной работы, безусловно, выиграет и каждый в отдельности, и группа вцелом. Конечным итогом задания была оценка группы по правильному действию команды студентов в разных ролях.

Необходимо отметить, что все студены стимулировали успехи постановки синдрома поражения помогая, поддерживая и одобряя усилия друг друга. Акцент делался на общем решении проблемы команды, чем обучал будущих медиков знаниям проблем анатомии, физиологии и патологических состояний ЖКТ у детей, способствовал взаимосвязи изучаемого в настоящий момент с тем, что проходили на предыдущих теоретических кафедрах, способствовал начальным навыка формирования клинического мышления у студентов.

Нами был использован основной вид интерактивного обучения - РИ, рекомендуемый на кафедрах педиатрического профиля, а именно : работа в команде – совместная деятельность студентов под руководством лидера, направленная на решение общей задачи, путём творческого сложения результатов индивидуальной работы членов команды с делением полномочий и ответственности; анализ конкретной темы (поражение ЖКТ у детей) в виде имитации студентами реальной профессиональной деятельности [1, 2]. При использовании интерактивной стратегии роль преподавателя резко меняется - перестает быть центральной, он лишь регулирует учебно-воспитательный процесс и занимается его общей организацией, определяет общее направление (готовит заранее необходимые задания и формулирует вопросы или темы для обсуждения в группах), контролирует время и порядок выполнения намеченного плана работы, дает консультации, разъясняет сложные термины и помогает в случае серьезных затруднений [3, 4].

Таким образом, интерактивная работа студентов в виде РИ, впервые на клинической кафедре пропедевтики педиатрии вызывает неподдельный интерес у будущих врачей-интернистов, требует правильного выполнения только что полученных и освоенных знаний и умений, помогает работать в команде. Мы

считаем целесообразным применять этот метод интерактивного обучения в виде РИ на кафедре пропедевтики педиатрии.

Литература:

1. Островский И.М., Прохоров Е.В., Толстикова Е.А., Остропolец М.С., Бельская Е.А., Челпан Л.Л. Значение ролевых игр в оценке практической подготовки субординаторов// Педиатрия на пороге третьего тысячелетия / Сборник научных трудов, посвященный 85–ти летию профессора Е.М. Витебского. – Донецк: Норд–Пресс, 2007. С. 199 – 201

2. Кукушкин В.С. Теория и методика обучения [Текст]/ В.С. Кукушкин. – Ростов н/Д. : Феникс, 2005, - 474 с.

3. Наука в образовании: Электронное научное издание [Электронный ресурс]: режим доступа: http://technomag.edu.ru/rub/20155/index.html.

4. Сорокина Е. И. Использование интерактивных методов обучения при проведении лекционных занятий [Текст] / Е. И. Сорокина, Л. Н. Маковкина, М. О. Колобова // Теория и практика образования в современном мире: материалы III междунар. науч. конф. (г. Санкт-Петербург, май 2013 г.). — СПб.: Реноме, 2013. — С. 167-169.

Резюме. У статті початe нововведення в тематичне заняття у вигляді рольової гри між студентами. Метод інтерактивного навчання в медичному університеті сприяє початку формування клінічного мишлення майбутніх лікарів.

Ключові слова: студенти, рольова гра, інтерактивне навчання

ROLE PLAY AS A METHOD OF INTERACTIVE LEARNING STUDENTS AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRICS PROPAEDEUTICS

Samoylenko I.G., Maximova S.M.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The article attempted innovation in thematic lesson in the form of role play between students. Method of interactive learning at the Medical University promotes the formation of the top clinical thinking of the future doctors.

Keywords: students, role play, interactive learning

616-073:378.146/.147

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ФИЗИЧЕСКИМ МАНУАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

Синяченко О.В., М.В.Ермолаева, В.А.Толстой, Е.Д.Егудина, П.О.Синяченко, Т.Б.Бевзенко, А.М.Герасименко, И.Н.Левада

Научные изыскания по совершенствованию обучения студентов-медиков физическим мануальным методам обследования больных (простукивание, прощупывание, выслушивание) проводятся во многих странах [1]. Такие методы диагностики требуют постоянного совершенства и накопления определенного опыта [6]. Необходимо отметить, что пальпация верхушечного толчка, перкуссия границ относительной сердечной тупости и аускультация клапанов сердца (характеристика тонов, шумов), на втором десятилетии XXI

века остаются важными диагностическими скрининговыми критериями кардиальной патологии [3]. Метод пальпации позволяет изучать размеры и свойства печени, являясь основной диагностической процедурой физического обследования больных, которая, однако, вызывает у студентов-медиков существенные трудности [4, 7]. При пальпации печени определенные сложности испытывают и опытные врачи [5]. В свою очередь, отмечается высокое совпадение у них результатов методов перкуссии и аускультации внутренних органов с данными рентгенографии, сонографии и компьютерной томографии [2]. Целью данной работы стала оценка усвоения студентами-медиками методов физического непосредственного обследования больных на 5-м-6-м семестрах.

Таблица. Оценки по физическим методам обследования больных после 5 семестра обучения (M±m)

Раздел	Вопросы		Характер оценки		Критерий Стьюдента
			самооценка студентов	оценка преподавателей	
Перкуссия	топографическая легких		3,60±0,056	3,50±0,056	4,21
	сравнительная легких		3,55±0,052	3,15±0,054	25,04
	сердца		3,45±0,045	3,05±0,052	16,69
	живота		3,45±0,079	3,05±0,072	16,69
Аускультация	легких		3,65±0,040	3,55±0,052	2,81
	сердца		2,85±0,054	2,75±0,060	4,10
	сосудов		2,90±0,061	2,75±0,059	4,91
	живота		3,30±0,062	3,20±0,082	1,96
Пальпация	грудной клетки		3,80±0,060	3,50±0,074	11,33
	сердечного толчка		3,55±0,070	3,20±0,072	9,72
	сосудов		3,60±0,043	3,25±0,057	13,67
	лимфатических узлов		4,10±0,053	3,85±0,057	9,42
	щитовидной железы		3,60±0,043	3,10±0,059	16,16
	суставов		3,30±0,032	2,45±0,049	33,25
	кишки	сигмовидной	3,25±0,067	2,95±0,066	9,47
		слепой	3,20±0,065	2,90±0,066	11,30
		восходящей	2,70±0,054	2,45±0,055	6,98
		нисходящей	2,55±0,052	2,35±0,057	5,51
		поперечно-ободоч.	2,60±0,050	2,40±0,047	5,06
	желудка		3,25±0,045	2,90±0,059	11,21
	печени		3,50±0,059	3,15±0,067	8,80
	селезенки		2,95±0,060	2,80±0,062	5,81
	почек		2,80±0,054	2,50±0,050	11,30

Методом случайной выборки обследованы 159 студентов (34,6% мужчин и 65,4% женщин в возрасте 20,4±0,12 лет) III курса медицинских факультетов Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. У 50,3% от числа этих обследованных была бюджетная форма обучения, у 49,7% – контрактная. Учитывали результаты самооценок студентов путем анонимного их анкетирования, оценки, выставленные преподавателями по отдельным разделам курса «Пропедевтика внутренней медицины» и итогового модульного

контроля в конце 5-го семестра, а также по курсу «Частная патология (синдромология)» после окончания 6-го семестра.

Оценки студентов III курса по курсу «Пропедевтика внутренней медицины» после 5-го семестра представлены в таблице. Если средняя оценка, выставленная себе студентами, составила 3,47±0,051 баллов, то аналогичная преподавателей оказалась достоверно (на 9%) ниже.

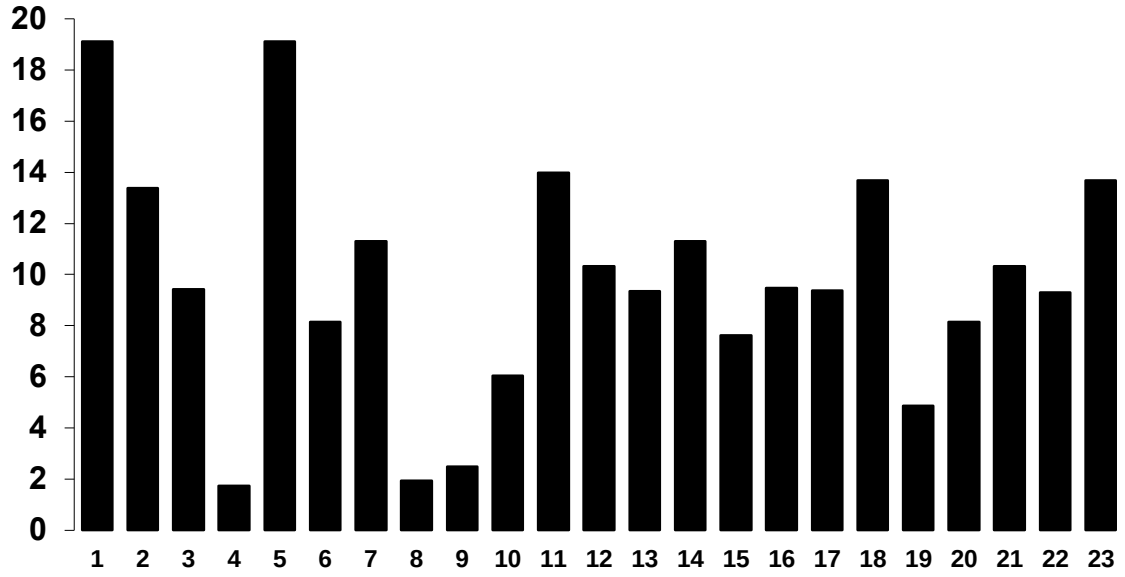


Рис. 1. Показатели отличий средней балльной самооценки студентов и оценки, выставленной преподавателями, по отдельным вопросам физического обследования больных после 6-го семестра (критерий Стьюдента).

Примечание (здесь и на рис. 2). перкуссия: 1 – топографическая легких, 2 – сравнительная легких, 3 – сердца, 4 – живота; аускультация: 5 – легких, 6 – сердца, 7 – сосудов, 8 – живота; пальпация: 9 – грудной клетки, 10 – сердечного толчка, 11 – сосудов, 12 – лимфатических узлов; 13 – щитовидной железы, 14 – суставов, 15 – сигмовидной кишки, 16 – слепой кишки, 17 – восходящей кишки, 18 – нисходящей кишки, 19 – поперечно-ободочной кишки, 20 – желудка, 21 – печени, 22 – селезенки, 23 – почек.

После 6-го семестра расхождение между оценками студентов и преподавателей по курсу «Пропедевтика внутренней медицины» мало отличались между собой (рис. 1). По сравнению с итогами 5-го семестра констатировано повышение средней оценки на 16%. На рис. 2 представлен сравнительный анализ качественной успеваемости по отдельным разделам предмета после 5-го и 6-го семестра. Средняя степень отклонения от оценки за 5-й семестр составила 17,6±0,82%. По сравнению с первым итоговым модульным контролем после 5-го семестра достоверно повысилась (на 11,0%) оценка второго модульного контроля после 6-го семестра, составив 3,70±0,065 баллов.

Безусловно, наибольший интерес представляли те вопросы курса «Пропедевтика внутренней медицины», по которым результаты оценки качественной успеваемости были без положительной динамики. Их оказалось 11 (34,4%). К ним относились перкуссия относительной и абсолютной сердечной тупости сердца, аускультация сердца и периферических сосудов, пальпация нисходящей толстой кишки, желудка, печени и почек.

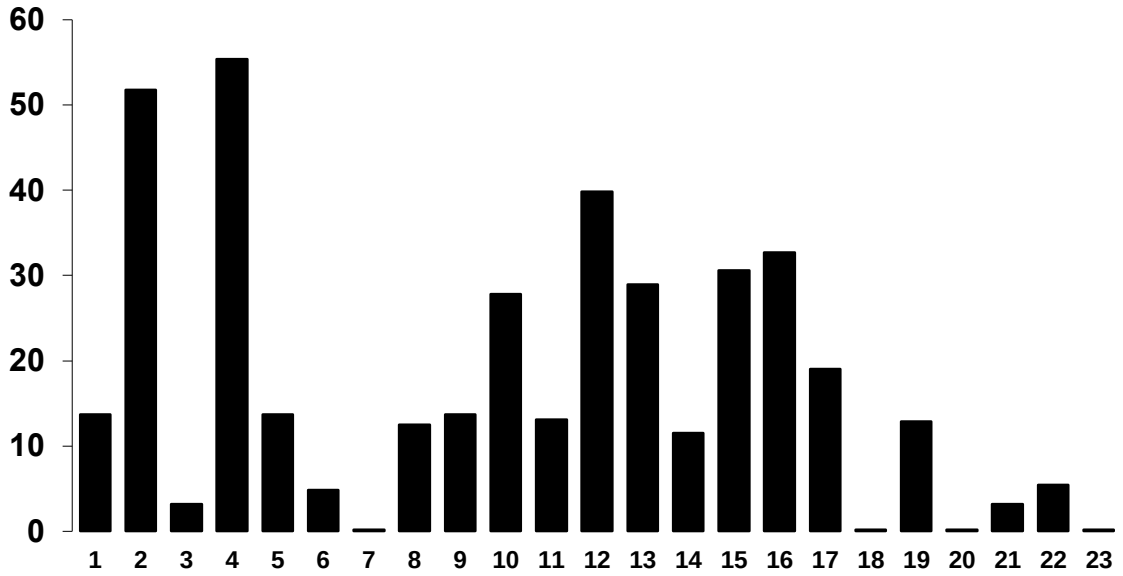


Рис. 2. Степень различий частоты качественных оценок по отдельным вопросам физического обследования больных после 5-го и 6-го семестров (критерий Макнемара-Фишера).

Уровень подготовки студентов, оцененный по первому модульному контролю, оказывал значительное влияние на показатели успеваемости по лабораторным и инструментальным методам диагностики. Сказанное подтверждали и высокодостоверные прямые корреляционные сопоставления. Выполненный регрессионный анализ продемонстрировал положительную зависимость от оценки модульного контроля по курсу «Пропедевтика внутренней медицины» (5-й семестр) оценок по таким вопросам «Частной патологии)» (6-й семестр), как митральные и аортальные пороки сердца, синдромы артериальной гипертензии и острой сердечной недостаточности, суставной и нефротический синдромы. В этой связи, диктуется необходимость внедрения более совершенных форм преподавания смежных базисных вопросов на 5-м семестре (например, изменения тонов сердца и интракардиальные шумы, пальпация суставов и гониометрия и т.п.).

Литература:

1. Abe T. Study on educational technology: training in internal medicine. Training in palpation, auscultation, and percussion as diagnostic technics / T. Abe, C. Abe, U. Fukushima // Kango Kyoiku. - 2005. - Vol. 26, N 10. - P. 642 - 645.

2. Brunk S. F. Auscultatory percussion: an added dimension in physical diagnosis // S. F. Brunk // Int. J. Clin. Pract. - 2003. - Vol. 57, N 3. - P. 204 - 209.

3. De Jongh T. O. Physical examination of the heart / T. O. De Jongh, B. T. Meursing // Ned. Tijdschr. Geneeskd. - 2011. - Vol. 155. - A. 2655.

4. Hyde L. Creation of abdominal palpation model prototype for training of medical students in detection and diagnosis of liver disease / L. Hyde, C. Erolin, J. Ker // J. Vis. Commun. Med. - 2012. - Vol. 35, N 3. - P. 104 - 114.

5. Joshi R. Accuracy and reliability of palpation and percussion for detecting hepatomegaly: a rural hospital-based study / R. Joshi, A. Singh, N. Jajoo [et al.] // Indian J. Gastroenterol. - 2004. - Vol. 23, N 5. - P. 171 - 174.

6. Loveridge N. Acquiring percussion and auscultation skills through

experiential learning / N. Loveridge // Emerg. Nurse. - 2003. - Vol. 11, N 6. - P. 31 - 37.

7. Tibamoso G. 3D liver volume reconstructed for palpation training / G. Tibamoso, B. Perez-Gutierrez, A. Uribe-Quevedo // Stud. Health Technol. Inform. - 2013. - Vol. 184. - P. 450 - 452.

616-073:378.146/.147

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРЕДМЕТА «ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ»

Синяченко О.В., М.В.Ермолаева, В.А.Толстой, Е.Д.Егудина, П.О.Синяченко, Т.Б.Бевзенко, И.Н.Левада, Е.М.Лаушкина

Методом случайной выборки обследовано 159 студентов (34,6% мужчин и 65,4% женщин в возрасте 20,4±0,12 лет) III курса медицинских факультетов Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. У 50,3% от числа этих обследованных была бюджетная форма обучения, у 49,7% – контрактная. Учитывали результаты самооценок студентов путем анонимного их анкетирования, оценки, выставленные преподавателями по отдельным разделам курса «Пропедевтика внутренней медицины» и итогового модульного контроля в конце 5-го семестра. Каждому студенту присваивался определенный номер, известный только руководителю эксперимента. В разработку включены лишь те студенты, у которых в динамике получены все анализируемые оценки.

Общая оценка формировалась при тестовом контроле теоретических знаний и по практическим навыкам 32 разделов (2 по опросу, 7 по осмотру, 4 по перкуссии, 4 по аскультации, 15 по пальпации). Группу риска определяли с учетом степени изменений оценки у конкретного студента после 5-го и 6-го семестров обучения по формуле: $Q = (M_1 – M_2) : SD$, где Q – степень изменений оценки (о.е.), M_1 – средняя оценка у всех студентов с качественной успеваемостью (4-5 баллов), M_2 – оценка у конкретного студента, SD – стандартное отклонение оценки у студентов с качественной успеваемостью. В случаях >M+SD студентов с некачественной успеваемостью относили в группу риска дальнейшего обучения в вузе. Подсчитывали также усредненную оценку за III курс по формуле: $R = [2 \times (A + B + C + D) + ½ \times (E + F)] : 10$, где R – усредненная оценка за III курс, A – оценка преподавателя по разделам «Пропедевтики» после 5-го семестра, B – оценка преподавателя по итоговому модульному контролю после 5-го курса, C – оценка преподавателя по разделам «Пропедевтики» после 6-го семестра, D – оценка преподавателя по итоговому модульному контролю после 6-го семестра, E – оценка преподавателя по разделам «Синдромологии» после 6-го семестра, F – самооценка студента по «Пропедевтике» после 5-го семестра, G – самооценка студента по «Пропедевтике» после 6-го курса. По отдельным вопросам оценки составляли от 2 до 5 баллов с шагом 0,5 балла (т.е. 2; 2,5; 3; 3,5; 4; 4,5; 5 баллов).

Статистическая обработка полученных результатов исследований проведена с помощью компьютерного вариационного, корреляционного,

регрессионного, одно- (ANOVA) и многофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсионного анализа (программы “Microsoft Excel” и “Statistica-Stat-Soft”, США). Оценивали средние значения (M), стандартные ошибки (m), стандартные отклонения (SD), коэффициенты корреляции (r), регрессии (R), дисперсии (D), Стьюдента (t), Уилкоксона-Рао (WR), Макнемара-Фишера (χ^2) и достоверность статистических показателей (p).

Если средняя оценка, выставленная себе студентами, составила 3,47±0,051 баллов, то аналогичная преподавателей оказалась на 9% ниже (соответственно 3,15±0,058 баллов; t=24,01, p<0,001). Необходимо отметить, что лишь оценки по пальпации живота студентов и преподавателей недостоверно отличались между собой. Констатирована высокодостоверная (практически линейная) прямая корреляционная связь между суммарной оценкой по вопросам «Пропедевтики внутренней медицины», выставленной преподавателем, и итоговой оценкой по соответствующему модульному контролю в конце 5-го семестра (r=+0,931, p<0,001). В первом случае качественная оценка имела место у 32 (20,1%) студентов, а во втором – у 51 (32,1%). Представленные данные противоречат широко бытующему мнению, что «модульный контроль – более жесткий контроль». Средние параметры Q при некачественной успеваемости составили 5,40±0,13 о.е., а в группу риска для следующего семестра вошли 16 (10,1%) студентов

Средние оценки по фундаментальным (базовым) теоретическим предметам, полученные при анкетировании студентов, были следующими: по анатомии человека – 3,85±0,069 баллов, по физиологии – 3,75±0,067 баллов, по биохимии – 3,70±0,065 баллов. Эти оценки у «бюджетных» студентов значительно превалировали над таковыми у «контрактных» студентов (p<0,001) соответственно на 49% (t=21,95), 42% (t=15,35) и 39% (t=13,93). Как и предполагалось, наблюдалось высокодостоверное дисперсионное влияние (p<0,001) оценок по перечисленным теоретическим дисциплинам на итоговую оценку модульного контроля по курсу «Пропедевтика внутренней медицины» после 5-го семестра (соответственно D=368,1, D=258,9, D=313,0).

Усредненные оценки по курсу «Пропедевтика внутренней медицины», выставленные после 5-го семестра преподавателями студентам с бюджетной формой обучения, составили 3,75±0,057 баллов, а с контрактной – 2,55±0,025 баллов (t=19,63, p<0,001), согласно модульному контролю – соответственно 4,10±0,090 баллов и 2,55±0,010 баллов (t=17,28, p<0,001). В первой группе общие параметры Q были равны 1,06±0,137 о.е., а во второй – 0,74±0,041 о.е. (t=2,24, p=0,027).

После 6-го семестра расхождение между оценками студентов и преподавателей по курсу «Пропедевтика внутренней медицины» уже мало отличались между собой не только в отношении аускультации, но и перкуссии живота. Средняя оценка, выставленная студентами, составила 3,92±0,040 баллов, а преподавателями – 3,64±0,045 (t=27,41, p<0,001). По сравнению с итогами 5-го семестра констатировано повышение средней оценки на 16% (t=26,02, p<0,001), а Q у всех студентов осталась без динамики.

С учетом оценок преподавателей суммарная качественная успеваемость студентов по отдельным составляющим курса «Пропедевтика внутренней медицины» увеличилась с 10,1% до 39,6% (χ^2=14,43, p<0,001), тогда как по результатам итогового модульного контроля она изменилась несущественно. Следует подчеркнуть, что за истекший семестр в 5,3 раза (χ^2=9,46, p=0,002), сократилось число студентов, составивших группу риска по курсу «Пропедевтика внутренней медицины».

На рисунке представлен сравнительный анализ качественной успеваемости по отдельным разделам предмета после 5-го и 6-го семестра. Средняя степень отклонения от оценки за 5-й семестр составила 17,6±0,82%.

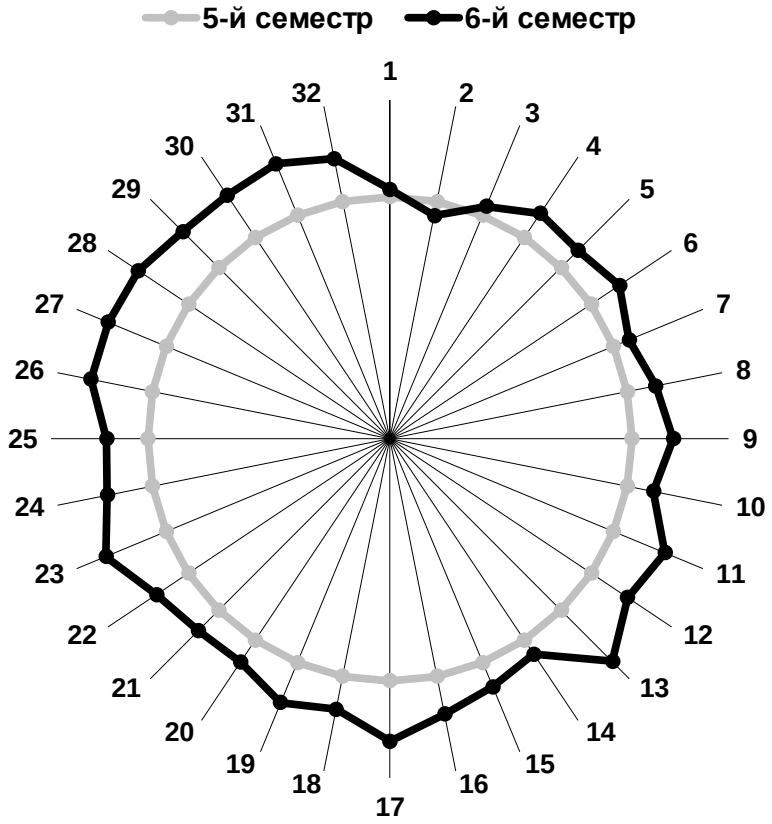


Рисунок. Различия (%) частоты качественных оценок по отдельным вопросам курса «пропедевтика внутренней медицины» после 5-го и 6-го семестров (оценки после 5-го семестра приняты за 100%).

Примечание. Опрос: 1 – жалоб, 2 – анамнеза; осмотр: 3 – общий, 4 – головы и лица, 5 – полости рта, 6 – кожи, 7 – грудной клетки, 8 – предсердечной области, 9 – живота; перкуссия: 10 – топографическая легких, 11 – сравнительная легких, 12 – сердца, 13 – живота; аускультация: 14 – легких, 15 – сердца, 16 – сосудов, 17 – живота; пальпация: 18 – грудной клетки, 19 – сердечного толчка, 20 – сосудов, 21 – лимфатических узлов; 22 – щитовидной железы, 23 – суставов, 24 – сигмовидной кишки, 25 – слепой кишки, 26 – восходящей кишки, 27 – нисходящей кишки, 28 – поперечно-ободочной кишки, 29 – желудка, 30 – печени, 31 – селезенки, 32 – почек.

По сравнению с первым итоговым модульным контролем после 5-го семестра достоверно повысилась (на 11,0%) оценка второго модульного контроля после 6-го семестра, составив 3,70±0,065 баллов (t=16,85, p<0,001).

Безусловно, наибольший интерес представляли те вопросы курса

«Пропедевтика внутренней медицины», по которым результаты оценки качественной успеваемости были без достоверной положительной динамики. Их оказалось 11 (34,4%). К ним относились опрос жалоб пациентов и анамнеза заболевания, общий осмотр больного и осмотр его грудной клетки, перкуссия относительной и абсолютной сердечной тупости сердца, аускультация сердца и периферических сосудов, пальпация нисходящей толстой кишки, желудка, печени и почек.

Особую тревогу вызвала констатация уменьшения (!) на 8,8% числа качественных оценок по вопросам аускультации сердца (χ^2=4,81, p=0,028). И это при том, что в течение 6-го семестра студенты дополнительно прошли изучение пороков сердца и поражений миокарда во время курса «Частная патология (синдромология)». В этой связи, в следующем учебном году была частично изменена учебная программа с перераспределением часов по изучению перечисленных проблемных вопросов, созданы дополнительные внеаудиторные занятия по глубокой скользящей методической пальпации органов брюшной полости, проведены «мастер-классы» профессорами и ведущими доцентами по методике опроса больных и физического обследования сердца. Это позволило в течение 5-го-6-го семестров будущего учебного года статистически достоверно (на 19,9%) повысить качественную успеваемость по вопросам общего осмотра больных (t=24,9, p<0,001), на 18,8% по аускультации периферических сосудов (t=9,88, p<0,001), на 11,4% по перкуторному определению границ сердца (t=16,34, p<0,001). Выравнялась качественная успеваемость до и после обучения в 6-м семестре по вопросам аускультации сердца.

УДК 615.-8:378.14+378.096

ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ФІЗІОТЕРАПІЇ НА КАФЕДРІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ, НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Сокрут В.М., Поважна О.С., Пеклун І.В., Зубенко І.В.,
Швиренко І.Р.,Томачинська Л.П.
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Резюме. Реструктуризація системи охорони здоров'я супроводжується необхідністю змін у системі медичної освіти. Структурні зміни надання медичної допомоги хворим підвищують актуальність вивчення фізіотерапії студентами медичних вузів. В той же час актуальним є збереження традицій викладання предмету, що існують на кафедрі та всього найкращого, що розроблено попередніми співробітниками на тлі внесення сучасних змін в педагогічну діяльність викладачів.

Ключові слова: освіта, фізіотерапія

Викладання фізіотерапії, як самостійної дисципліни в Донецьком медичному інституті почалося з 1963 року, коли була створена кафедра фізіотерапії, ЛФК і лікарського контролю. Зберігши загальноприйняту форму спеціальностей «Медична реабілітація», «фізична реабілітація», «спортивна

медицина», сучасний колектив кафедри наповнив їх авторським змістом. Без минулого (історії кафедри) немає справжніх досягнень, а справжня реальність визначає майбутній напрямок медичної реабілітації.

Перші лекції з фізіотерапії в Сталінському медичному інституті почали викладатися в 1934 році старшим асистентом, а потім доцентом кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Самуїлом Михайловичем Свідлером, організатором фізіотерапевтичної служби в Донбасі. У післявоєнний період доцент Свідлер С.М. активно впроваджував фізичні фактори в лікуванні інвалідів війни, вивчав роль фотаріїв у профілактиці захворювань гірників антрацитних шахт.

Доцент Свідлер С.М. очолив кафедру, крім нього викладання на кафедрі вели доценти Вардиміаді М.Д., Ківа І.К., Бровкіна І.І., к.м.н. Доломан В.І. З вересня 1965 року кафедрою керував доцент Вардиміаді Микола Дмитрович. В викладанні предмету значна роль відводилася питанням прикладного характеру. Вивчалися фізичні чинники, що використовувалися для профілактики й зниження захворюваності робітників вугільної промисловості, у комплексному лікуванні захворювань органів травлення, студентам представлялися заходи щодо активізації рухового режиму, фізіотерапевтичних методів відновлення працездатності дошкільників, школярів і студентів, фізкультурників та спортсменів.

З листопада 1982 року по березень 2001 року кафедру очолював професор Ликов Олексій Олександрович. Справжній професіонал, творець і керівник, професор Ликов О.О. багато років уміло пов'язував роботу завідувача кафедрою з обов'язками декана лікувального факультету. Його організаторський талант дозволив зміцнити матеріально-технічну базу кафедри, розширити викладацький склад і обсяг викладання дисципліни. Була придбана фізіотерапевтична апаратура, на якій студенти відпрацьовували практичні навички. Під його керівництвом проводилися дослідження з вивчення механізмів дії міліметрового електромагнітного випромінювання на біологічні тканини, результати яких відразу викладалися студентам.

Колективом кафедри виконувалися дослідження в області фізіотерапії, курортології, кінезотерапії. Наукові дослідження й впровадження їхніх результатів проводилося в співдружності з теоретичними (фізика, фізіологія) і клінічними кафедрами інституту. Простежувалося тісне кооперування з кафедрою фізичного виховання медичного інституту в проведенні науково-дослідної роботи. Наукові результати впроваджувалися в педагогічну діяльність викладачів, а також практичну діяльність лікувально-профілактичних установ області, кабінетів й відділень фізіотерапії, ЛФК і ЛК.

З березня 2001 року кафедру очолює доктор медичних наук, професор Сокрут Валерій Миколайович. Професор Сокрут В.М., як керівник кафедри, зберіг основні традиції фізіотерапевтичної школи Донбасу, продовжив їх динамічно розвивати й сформував власну школу, перебудовуючи на науковій і експериментально доказовій основі медичну реабілітацію, створюючи її нову структуру в діагностиці й лікуванні за синдромальним принципом на базі

параметрів гомеостазу й генотипу хворого. Завдяки наповненню новим змістом, наука фізіотерапія та ЛФК поступово трансформується в медичну реабілітацію, як прикладний підрозділ «генної медицини». На лекціях і практичних заняттях постійно акцентується увага на причинно-наслідкові зв'язки в патогенезі багатьох захворювань, жорстко детерміновані генотипом хворого, його «вегетативним паспортом», в основі якого лежить певна щільність адренорецепторів у тканинах, що приводять до певного результату («ефект доміно» - жорстко детерміновані причинно-наслідкові зв'язки в патогенезі захворювань).

Кафедра є лідером реформування вищої медичної освіти в області медичної реабілітації. Багатий досвід викладачів дозволив кафедрі розробити принципово новий напрямок у реабілітаційній медицині, створити авторські програми «довголіття». У розділі адаптаційного харчування професором Сокрутом В.М. розроблені адаптаційні столи (10 столів для корекції вегетативного тонусу, гормонального й імунного балансу, кислотно-лужної рівноваги спортсменів). Уперше сформовані наукові основи адаптаційної кінезо- і психотерапії. Створено діагностичні тести психогеній (тривожно-депресивних станів і паніко-фобічних реакцій). Все це широко використовується для якісного викладання предмету студентам, інтернам, лікарям-курсантам ННІПО.

У цей час співробітниками кафедри створена потужна науково-педагогічна школа в області фізіотерапії, що дозволяє підготовлювати висококваліфікованих спортивних лікарів, фізіотерапевтів, кінезотерапевтів в Україні.

Одним із провідних напрямків кафедри є навчальна робота. Викладання ведеться відповідно до Європейської кредитно-модульної трансферної системи (ЕКМС). Кафедра здійснює повний цикл (вертикаль) до- і післядипломного навчання студентів і лікарів по розділах «фізіотерапія». Професором Сокрутом В.М. уперше в Донецькому регіоні організоване післядипломне навчання фізіотерапевтів, відповідно до кваліфікаційних характеристик за фахом, відповідно до державних вимог до навчального закладу 4 рівня акредитації. Робочі навчальні програми складаються кафедральним колективом відповідно до типових програм. Щорічно до початку нового навчального року робочі програми по спеціальностях «фізіотерапія» «фізична реабілітація й спортивна медицина» переглядаються, обговорюються, доповнюються з урахуванням сучасного рівня розвитку науки й практики, відповідно до кваліфікаційних характеристик фізіотерапевта.

Всі бази оснащені апаратурою й технічними засобами, необхідними для проведення занять, організації наукової праці й надання медичної допомоги хворим. У процесі навчання активно використовуються відеосистема й мультімедійний проектор у лекційному залі, створений комп'ютерний клас. Акцентується увага студентів на ситуаційні завдання, проводиться проблемне навчання, впроваджуються нові комп'ютерні технології. Ілюстративний матеріал щорічно доповнюється. Практичні навички спрацьовуються

безпосередньо на фізіотерапевтичній апаратурі. Навчання іноземних студентів проводиться на англійському, російській і українській мовах по спеціальностях «лікувальна справа» і «стоматологія».

Впроваджено нову технологію викладання «фізичної реабілітації» і «медичної реабілітації» відповідно до кредитно-модульної організації навчання. Крім навчання студентів 3, 4 і 5 курсів, лікарів інтернів і клінічних ординаторів, кафедрою щорічно проводяться передатестаційні й курси спеціалізації по спеціальностях «фізіотерапія», «лікувальна фізкультура й спортивна медицина» і інтернатура по спортивній медицині. За останні п'ять років здійснюється робота відповідно до нової концепції системи післядипломного утворення відповідно до міжнародних стандартів класифікації професій і рекомендаціям Болонської системи.

Кадровий потенціал кафедри, професіоналізм її співробітників дозволяє в новому стратегічному (авторському) напрямку розвивати предмет «фізіотерапія».

Розробляючи перспективи розвитку реабілітаційної служби в Донецьком регіоні, колектив кафедри ставить перед собою завдання підготовки фізіотерапевтів і медичних реабілітологів конкурентоспроможних на світовому ринку праці.

Литература:

1. Роль и место преподавателя в лечебном процессе / Сахин С.А., Виненцов Ю.А., Статинова Е.А., Кривобок А.Г., Кнышенко А.Н. // Міжнародний вісник медицини – 2011. – Т. 4, № 1-2. – С. 111-114.

2. Повышение эффективности преподавания в медицинском ВУЗе с применением электронного ученика и компьютерной обучающей программы / Борисова Т.П., Денисенко А.Ф. // Збірник наукових праць, присвячений пам’яті професора Ю.М.Витебського (VIвипуск) «Проблемны питання педіатрії та вищої медичної освіти», Донецьк. -2012. – С. 18-21.

3. Влияние мотивации достижения на успеваемость студентов / Пырков С.Г., Выговская Е.М. // Міжнарорднимй вісник медицини - 2011. – Т. 4, № 3-4. – С. 85-88.

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИИ НА КАФЕДРЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ, СПОРТИВНОЙ, НЕТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ, ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ

Резюме. Реструктуризация системы здравоохранения сопровождается необходимостью внесения изменений в систему медицинского образования. Структурные изменения оказания медицинской помощи больным повышает актуальность изучения физиотерапии студентами медицинских ВУЗов. В тоже время, необходимым является сохранение традиций преподавания предмета и всего лучшего, что было разработано предыдущими сотрудниками, на фоне внесения современных изменений в педагогическую деятельность преподавателей.

Ключевые слова: образование, физиотерапия.

THE EXPERIENCE OF PHYSIOTHERAPY TEACHING ON THE PHYSICAL REHABILITATION, SPORTS, ALTERNATIVE MEDICINE AND PHYSICAL EDUCATION DEPARTMENT

Sokrut V. N., Povazhnaya E.S., Peklun I.V., Zubenko I.V.,
Shvirenko I.R., Tomachinskaya L.P.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Restructuring of the public health system is accompanied by the need to the introduction of the changes in the system of medical education. Structural changes in the provision of medical care of the patients increases the urgency of studying of the physiotherapy by medical students. The preserving of the traditions of the subject teaching and all the best that has been developed by previous employees is a necessary. It must be on the background of changes in modern teaching activities of teachers.

Keywords: education, physiotherapy.

УДК 378.147+616-097-036.1

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ “ВИРУСНЫЕ ГЕПАТИТЫ” СТУДЕНТАМ МЕДИЦИНСКОГО И МЕЖДУНАРОДНОГО ФАКУЛЬТЕТОВ

Супрун Е.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Рассматриваются современные особенности диагностики и профилактики вирусных гепатитов и методы обучения студентов новейшим достижениям медицины в этой области.

Ключевые слова: вирусный гепатит, онкомаркеры, иммунная система, инфекционные заболевания, комплексный подход.

В практике подготовки студентов медицинских вузов, в том числе на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии, важнейшее место на современном этапе приобретает понимание механизмов взаимодействия иммунной системы пациента с различными вирусами, умение использовать новейшие достижения лабораторной иммунологии для идентификации заболевания, его лечения и профилактики.

Студенты должны знать, что по своей медицинской значимости и величине социально-экономического ущерба вирусные гепатиты, острые и хронические, занимают ведущее место в инфекционной патологии. По распространённости они уступают лишь гриппу и другим острым респираторным заболеваниям, регистрируются почти повсеместно. Ежегодный ущерб от потери трудоспособности по этому заболеванию составляет миллионы долларов.

При проведении занятий следует подчеркивать, что учение о вирусных гепатитах, в сопоставлении с другими группами инфекционных болезней, на современном этапе претерпело особенно существенные изменения. Открытие возбудителей вирусных гепатитов позволило расшифровать их этиологическую структуру. На смену господствовавшим в более ранний период представлениям о моноинфекции - болезни Боткина - было разработано новое учение о группе вирусных гепатитов человека, состоящей, по крайней мере, из 8-ми нозологически самостоятельных типов A, B, C, D, E, G, F, TTV.

Малая активность механизма передачи при гепатитах В, С и Д компенсируется длительной вирусемией у источников инфекции, относительно редкой манифестацией заболевания и достаточно частой хронизацией

патологического процесса. Кроме того, ВГС ассоциируется с неблагоприятными исходами в хронический гепатит, цирроз печени и гепатокарциному, а гепатиты Д и Е - с летальными исходами.

В связи с широкой распространённостью вирусных поражений печени, характеризующихся нередко тяжёлым течением и грозными осложнениями, практическое здравоохранение нуждается в методах чёткой и ранней диагностики вирусных гепатитов

Врач должен стремиться к диагностике гепатитов ещё до появления желтухи. Это важно как для эффективного лечения, так и в эпидемиологическом плане. Большими возможностями обладают методы иммуноферментного анализа сыворотки крови и ПЦР - диагностика маркеров вирусных гепатитов, позволяющие в максимально ранние сроки с большой достоверностью (95-100 %) их диагностировать.

Необходимо обратить внимание студентов на то, что в последнее время в практику здравоохранения внедрены тест-системы для индикации специфических маркеров возбудителей вирусных гепатитов. Современные диагностические возможности должны стать достоянием врачей самых различных специальностей как госпитального, так и догоспитального этапа.

Наряду с этим, следует отметить, что ВГС (так же как и ВГВ) может обусловливать не только поражения печени, но и внепечёночные проявления: кожные васкулиты; поражение суставов, в том числе ревматоидный артрит; фиброзирующий альвеолит; гранулематоз; васкулит; гломерулонефрит; тубулоинтерстициальный нефрит; полинейропатия; синдром Гийена-Барре; синдром Шегрена; аутоиммунный тиреоидит; цитопении и т.д.

Студентам важно знать, что исследования антител к вирусному гепатиту С существенно сократят число криптогенных гепатитов и циррозов, т.е. таких заболеваний, где этиология до последнего времени оставалась неизвестной. Это актуально и для диагностики хронических аутоиммунных гепатитов. Кроме того, определение альфа-фетопротеина и других онкологических маркеров в крови больных позволит на ранних стадиях бороться с таким грозным осложнением вирусных гепатитов, как гепатокарцинома.

Важное значение имеет ознакомление с новыми, наиболее эффективными методами лечения и профилактики вирусных гепатитов. Кроме того, необходимо акцентировать внимание слушателей не только на новейших препаратах для лечения, но и на побочных эффектах при их применении. В разделе профилактики вирусных гепатитов очень актуально ознакомление с вакцинами и иммуноглобулинами для активной и пассивной иммунопрофилактики этих заболеваний.

Обучая студентов новейшим методам диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов, мы используем ситуационые задачи, материалы мультимедийных лекций, данные обследования пациентов с различными формами и стадиями заболевания. Этим достигается полное усвоение материалов занятия, приобретается опыт современной диагностики, лечения и профилактики этого грозного заболевания.

Резюме. Розглядаються сучасні особливості діагностики та профілактики вірусних гепатитів, засоби навчання студентів новим досягненням медицини в цієї галузі.

Ключові слова: вірусний гепатит, онкомаркери, імунна система, інфекційні захворювання, комплесний підхід.

PECULIARITIES TEACHING OF THEME “VIRAL HEPATITIS” FOR STUDENTS OF MEDICAL AND INTERNATIONAL FACULTIES

Suprun E.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The modern features of diagnosis and prevention of viral hepatitis and methods of teaching students the latest developments in this field of medicine.

Key words: viral hepatitis, the immune system, infectious diseases, complex approach.

УДК 378.148-49:616-097-036.1

ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ СРЕДСТВ ОБУЧЕНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТЕМЫ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Супрун Е.В.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. Рассмотрены особенности изучения темы противовирусной терапии, применения современных средств обучения студентов для повышения эффективности учебного процесса.

Ключевые слова: вирусная инфекция, противовирусные препараты, современные средства обучения.

В современных условиях оптимизации системы здравоохранения, расширения института семейных врачей, огромного потока информации, роста требований практической медицины к специалисту необходимо дальнейшее усовершенствование системы высшего образования. Первостепенное внимание должно уделяться формированию клинического мышления, умению самостоятельно учиться и в дальнейшем постоянно совершенствовать свои знания, решать возникающие профессиональные проблемы.

При изучении темы “Иммунитет и инфекция. Применение иммунотропных препаратов” необходимо учитывать, что вирусы обладают уникальными свойствами: могут инфицировать ткани, не вызывая воспалительных реакций, реплицироваться в клетках хозяина в течение всей жизни, не повреждая их, иногда нарушают некоторые специализированные функции клеток, не нарушая функции целого органа.

Клинический спектр вирусных инфекций чрезвычайно широк. В настоящее время только по герпесвирусной инфекции учитывается шесть типов вируса, а вообще эта группа состоит по крайней мере из 60 вирусов.

При изложении темы необходимо учитывать механизмы прямого действия вирусов, их уклонения от иммунной реакции, ознакомить слушателей с потенциально онкогенными вирусами и злокачественными заболеваниями, развивающимися впоследствии.

Важным аспектом в изложении этой проблемы является понимание механизмов повреждающего действия, вызванного иммунным ответом на

вирусную инфекцию, который может привести в дальнейшем к формированию аутоиммунной патологии.

Попытки решать диагностические проблемы только использованием медицинской техники и лабораторной диагностики приводит к значительному и постоянному возрастанию стоимости диагноза во всех странах. Потому оптимизация рентабельности диагноза - жизненно важная проблема для Украины. Знание основных и наиболее информативных маркеров вирусных инфекций позволит будущим специалистам контролировать течение инфекции, качество лечения и прогноз заболевания в оптимальном режиме.

При проведении занятия используются материалы мультимедийных лекций по теме, методические рекомендации, тесты контроля исходного уровня знаний студентов, тесты текущего контроля, а также ситуационные задачи, максимально приближающие студентов к реальным врачебным ситуациям.

Особое внимание уделяется обсуждению современных антивирусных препаратов, их механизмов действия, показаний и противопоказаний к применению. Основными из антивирусных средств по-прежнему являются препараты интерферонов, включающие рекомбинантные интерфероны, которые применяются преимущественно при острых вирусных инфекциях, и индукторы интерфероногенеза, стимулирующие синтез эндогенных интерферонов и применяющиеся при лечении хронических вирусных инфекций. Кроме того, успешное лечение вирусных инфекций невозможно без иммунокорректирующей терапии, так как активация инфекций, в том числе и вирусных, происходит на фоне иммунодефицита.

На современном этапе подготовки врачей важное место принадлежит и внеаудиторной работе студентов, которая предполагает использование электронных учебников и учебных пособий с регулярным обновлением информации, самоконтроль знаний, размещение методических материалов на сайте кафедры.

Таким образом, использование методов активного проблемного обучения, разнообразных форм и методов самостоятельной работы студентов, формирование синдромного алгоритмического принципа мышления повышает уровень подготовки специалистов, их способность применять знания для решения нестандартных диагностических проблем.

Резюме. Розглянуті особливості вивчення теми противірусної терапії, застосування сучасних засобів навчання для підвищення ефективності навчального процесу.

Ключові слова: вірусна інфекція, противірусні препарати, сучасні засоби навчання.

USING OF MODERN METHODS OF TEACHING IN LEARNING THEME ABOUT ANTIVIRAL TREATMENT

Suprun E.V.

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Summary. The main features of the studying of theme about antiviral treatment, using modern methods of teaching for increasing effect of teaching students presents.

Key words: viral infection, antiviral remedies, modern methods of teaching.УДК 378.147:[616:576.858.53]-07

УДК 378.147:[616:576.858.53]-07

АКТУАЛЬНІСТЬ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ “ДІАГНОСТИКА ЕПШТЕЙН-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ” В ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ СЛУХАЧІВ ІНСТИТУТУ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

Супрун Є.В.
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Резюме. Для Епштейн-Барр вірусної инфекції діагностичними маркерами активної репликації вірусу є IgM до VCA (viral capsid antigen) у визначенні за допомогою непрямої імунофлюорисценції. Криерием активної репликації також є позитивна полімеразна ланцюгова реакція з ДНК вірусу.

Ключові слова: Епштейна-Барр вірус, діагностика реплікації, ранній антиген –EA, капсидний антиген VCA, IgG та IgM EA-EBV, IgM, G проти капсидного антигену VCA, EBNA Епштейна-Барр нуклеарний атиген, EBNA-1,2 антитіла, полімеразна ланцюгова реакція.

Розповсюдженність персистуючої Епштейна-Барр вірусної інфекції в популяції обумовила актуальність вивчення цієї теми в курсі клінічної імунології серед слухачів Навчально-наукового інституту післядипломної освіти. Епштейна-Барр вірусом (ВЕБ) інфіковано до 90 відсотків населення. Найчастіше інфікування безсимптомне, але при депресії імунної системи первинне попадання вірусу в організм може викликати прояви інфекційного мононуклеозу. Після первинного інфікування у імунокомпетентних осіб вірус знаходиться в організмі у латентній формі. В імуноскомпрометованих осіб інфікування ВЕБ може спричинити розвиток хронічної форми інфекції. При імунодепресії, пов'язаній з впливом факторів навколишнього середовища, вогнищами хронічної інфекції вірус може бути реактивованим з наступним розвитком ВЕБ- асоційованих захворювань. Згідно сучасних поглядів до цих хвороб належать: лімфома Беркіта, назофарінгеальна карцинома і В-клітинна лімфома; синдром хронічної втоми; аутоіммунні захворювання (ревматоїдний артрит, СЧВ, хвороба Шегрена і розсіяний склероз); генералізовані лімфопроліферативні захворювання у пацієнтів з трансплантатом; волосяна лейкоплакія при СНІДі; хвороби Ходжкіна та Грейвса (можливо); набута гіпогамаглобулінемія.

До латентних протеїнів ВЕБ відносять: нуклеарний антигенний комплекс, латентний мембранний, протеїни специфічного Т-лімфоциту та термінальний антиген. Епштейна-Барр вірус нуклеарний антигенний комплекс (EBNA) складається із 6 протеїнів. Добре вивчена функція двох. EBNA-1 експресується на всіх інфікованих клітинах та відсутній у період літичного циклу вірусу, утворює епісому і включається до геному клітини-господаря. EBNA-2 має два фенотипи А і В та підвищує експресію латентного мембранного протеїну, сприяє росту і диференціюванню В-лімфоцитів. Латентний мембранний протеїн (LMP) є складовою частиною вірусу і експресується на інфікованій клітині в період реактивації, важливий для збереження стану "безсмертя" В- лімфоциту. Протеїни для визначення ВЕБ-специфічних Т-лімфоцитів в англомовній літературі зустрічаються під такою назвою: LYDMA - Iymphocyt-detected

membrane antigen. Функція термінального протеїну поки що не визначена. В розвинутих країнах існує можливість визначення протеїнів латентного та літичного циклів для діагностики активних та неактивних форм Епштейна-Барр вірусної інфекції.

Інфекційний мононуклеоз. Класичною знахідкою є атипові лімфоцити в крові. Лімфоцитоз досягає 50% і до 20% атипові лімфоцити. Атипові лімфоцити зустрічаються при ЦМВ, гепатитах, грипі, краснусі, але найбільш характерні для ІМ.

Сучасна лабораторна діагностика на Україні включає визначення антитіл до антигену EBNA. Відомо, що 90% населення інфіковані вірусом і їх сироватка містить антитіла IgG до EBNA. Наявність цих антитіл свідчить про інфікованість. Рівень антитіл IgG EBNA без наявності клінічних симптомів не може свідчити про активність інфекції на момент обстеження. Високий рівень даного показника може бути результатом недавнього інфікування або анамнестичними даними про реактивацію ВЕБ-інфекції. До протеїнів літичного циклу відносять: мембранний антиген, ранній та вірус-капсидний антигени. Ці молекули важливі в процесі інфікування клітини і на них продукуються віруснейтралізуючі антитіла в організмі. В лабораторних умовах протеїни МА та антитіла до них на Україні не визначають. Ранній антиген (в англомовній літературі Early antigen - EA**)** - це комплекс антигенів, що експресується виключно на інфікованій клітині. Вірус-капсидний антиген (в англомовній літературі VCA - viral capsid antigen) синтезується **у** пізній фазі літичного циклу.

На сучасному етапі можливе визначення антитіл IgG та Ig M EA-EBV та IgG VCA для діагностики активної форми інфекції. Вітчизняні джерела повідомляють про діагностику активної форми ВЕБ-інфекції за даними антитіл до VCA антигену, зарубіжні автори свідчать про можливу циркуляцію IgG до VCA у здорових імунокомпетентних осіб. Зростання титрів антитіл до VCA антигену в динаміці свідчать на користь активної форми інфекції.

Серологічні тести.

- Визначення гетерофільних антитіл - тест Пауля-Бунеля. Тест визначає антитіла, які приводять до аглютинації еритроцитів іншої специфічності. Негативний тест зустрічається часто у дітей до 14 років (найчастіше до 5 років). Псевдпозитивні результати трапляються рідше за псевдонегативні. Позитивні гетерофільні антитіла циркулюють більше 6 місяців після дебюта ІМ і зустрічаються і при безсимптомному перебігу.
- Визначення IgM до VCA в тесті непрямої імунофлюорисценції є кращим для діагностики ІМ. Хибнопозитивна відповідь може бути результатом перехресного реагування ВЕБ-специфічних IgG з анти- IgM-комплексами ревматоїдного фактору. Якщо РФ є в сироватці, то його необхідно попередньо абсорбувати. Високі титри антитіл класу G до VCA не є діагностичними для гострої інфекції, а слугують для скринінгу імунного статусу. IgM VCA є діагностичними для гострої інфекці .
- Полімеразна ланцюгова реакція може бути використана для діагностика

активної реплікації.

- Визначення EBNA антитіл. Анти EBNA-1 не визначаються до періоду одужання. Анти EBNA-2 антитіла з'являються в ранній період хвороби, далі різко знижуються і відсутні в період одужання. При хронічному інфекційному мононуклеозі титри цих антитіл різко підвищені.

Таким чином, вивчення сучасної діагностики Епштейн-Барр вірусної інфекції в процесі навчання студентів 5-6 курсів медичного та міжнародного факультетів в курсі клінічної імунології є актуальною темою.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ “ДИАГНОСТИКА ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ” В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СЛУШАТЕЛЕЙ ИНСТИТУТА ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Резюме. При Эпштейн-Барр вирусной инфекции диагностическими маркерами активной репликации вируса служат IgM к VCA (viral capsid antigen) в тесте непрямой иммунофлюорисценции. Криерием активной репликации также служит положительная полимеразная цепная реакция к ДНК вируса.

Ключевые слова: Епштейна-Барр вирус, диагностика репликации, ранний антиген – ЕА, капсидний антиген VCA , IgG та IgM EA-EBV, IgM, G против капсидного антигена VCA, EBNA Епштейна-Барр нуклеарний атиген, EBNA-1,2 антитела, полимеразная цепная реакция.

ACTUALITY OF THEME SDUDING “DIAGNOSIS OF EPSTEIN-BARR VIRAL INFECTION” IN PROCESS EDUCATION FOR MEMBERS OF POSRGRADUATE EDUCATION INSTITUTE

Suprun E.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. IgM to VCA (viral capsid antigen) are determined in indirect immuneassay method at Epstain - Barr viral infection as diagnostic markers of active viral replication . Positive polymeras chain reaction PCR to viral DNA is also criteria of active replication.

Key words: Epstain-Barr virus, diagnostic markers of replication, Early antigen – EA, VCA- viral capsid antigen, EBNA Epstain Barr nuclear antygen, IgG and Ig M EA-EBV, IgM, G anty- VCA, anty EBNA-1,2 antybodies, polymeras chain reaction.

УДК 617.7-003.4

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОПРОСОВ ОКАЗАНИЯ УРГЕНТНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

Сухина Л.А., Голубов К.Э., Смирнова А.Ф.,
Зорина М.Б., Сухина И.В., Котлубей Г.В.
Донецкий национальный медицинский университет ми. М.Горького

Резюме. Работа посвящена вопросам организации преподавания вопросов неотложных состояний органа зрения. Приводятся данные об особенностях методического обеспечения занятий,использованию мультимедийных средств обучения,тестового контроля знаний.

Ключевые слова: неотложных состояний органа зрения,обучение

В последние годы все чаще поднимаются вопросы о совершенствовании последипломной подготовки врачей. Основным требованием, которое предъявляется при подготовке специалиста- офтальмолога является овладение

современными знаниями и умениями в диагностике, лечении и реабилитации офтальмологических больных. Особая роль принадлежит умению врача правильно диагностировать, оказывать неотложную помощь и принимать организационные мероприятия у больных с острой офтальмопатологией, так как от правильности принятого решения зачастую зависит исход заболевания. Кроме того, появление новой специальности «семейный врач» ставит задачу перед преподавателями обучить врачей общей практики своевременной диагностике, правильной тактике и оказанию неотложной помощи больным с патологией органа зрения.

Целью работы явилось изучить особенности организации преподавания вопросов неотложных состояний органа зрения на кафедре глазных болезней

Материал и методы исследования. К неотложным состояниям в офтальмологии относятся травмы органа зрения, ожоги, острый приступ закрытоугольной глаукомы, острый приступ вторичной глаукомы, иридоциклит, увеит, гемофтальм, эндофтальмит, кератит, флегмона орбиты, нарушение кровообращения в сосудах сетчатки и зрительного нерва.

Данные вопросы изучаются во время лекций и практических занятий на циклах «Офтальмология. Предаттестационный цикл», «Глаукома», «Травмы органа зрения», «Заболевания сетчатки и стекловидного тела, витреоретинальная хирургия», «Организация офтальмологической помощи в условиях амбулатории семейного типа». Для контроля знаний используются тестовые программы как обычные, так и компьютерные.

Результаты и обсуждение. Всем курсантам, начинающим обучение на кафедре, предлагается набор тестовых заданий, в которых содержится до 30% вопросов, относящихся к ургентным состояниям. Анализ ответов позволяет преподавателю судить об уровне подготовки курсанта и определить объем знаний – умений, которыми необходимо овладеть врачу.

При планировании лекционного материала неотложные состояния в офтальмологии детально разбираются при описании каждой нозологической единицы. Для обратной связи на лекции осуществляется стандартизованный контроль, охватывающий как вопросы диагностики, так и тактику врача при ургентных состояниях. Данные контроля анализируются и преподаватели, оценивая полученные результаты, в дальнейшем ориентируются, каким вопросам следует уделить особое внимание курсантов на практических занятиях.

На практических занятиях в стационаре, соответственно теме, разбираются вопросы диагностики, тактики, оказания срочной высоко квалифицированной помощи в условиях стационара больному, поступившему с ургентной патологией органа зрения. На утренних врачебных конференциях обсуждаются больные, поступившие в ургентном порядке. Курсант, участвовавший в первичном приеме больного, совместно с преподавателем продолжает курацию данного пациента, участвует в проводимых обследованиях, манипуляциях, принимает участие в операциях, решает вопросы о степени потери трудоспособности и ведение больного в

последующем в условиях амбулаторного приема.

В связи с тем, что значительная часть курсантов является врачами амбулаторного приема треть занятий проводится в условиях поликлинического приема. При проведении занятий на амбулаторном приеме по темам неотложных состояний разбирается тактика врача амбулаторного приема, осуществляется прием ранее курируемых больных с неотложными состояниями, решаются вопросы их трудоспособности, назначается тактика мероприятий по реабилитации данного контингента больных.

С целью оптимизации преподавания неотложных состояний на кафедре широко используются диагностические, тактические и лечебные алгоритмы, видеофильмы, демонстрирующие основные симптомы при неотложных состояниях, этапы тех или иных оперативных вмешательств, оказанию неотложной помощи при травмах органа зрения.

При разборе неотложных состояний обращается внимание курсантов на соматическое состояние больного, которое может быть фоновыми в развитии неотложных состояний со стороны глаз, акцентируется внимание на лечебной тактике, которая может предотвратить возникновение этого ургентного состояния.

Для определения профессиональной компетентности врача, усвоением им полученных знаний – умений, его способности решать вопросы, связанные с диагностикой и оказанием неотложной помощи офтальмологическим больным и получения объективной оценки знаний как для преподавателя, так и врача курсанта с пониманием последним своих ошибок, на кафедре широко используются тестовый контроль при проведении занятий, рубежный тестовый контроль и компьютерный заключительный контроль. Кроме того, при проведения экзамена во время собеседования обязательно включаются вопросы по неотложным состояниям органа зрения.

На заключительном производственном совещании сотрудников кафедры и курсантов, закончивших цикл обучения, вместе с удостоверением и сертификатом врачи получают папки «Спутник офтальмолога», где наряду с различными номограммами, таблицами, схемами обследования больных имеются алгоритмы диагностики и оказания неотложной помощи больным с офтальмопатологией.

После окончания цикла при подведении итогов обучения на учебно – методических совещаниях проводится анализ ответов курсантов, в том числе и по неотложным состояниям, определяется индекс успешности каждого курсанта. В дальнейшем на основании обратной связи с курсантами, обучавшихся на кафедре, преподаватели при консультации больных могут оценить правильность диагностики и тактики врача и сделать заключение об эффективности преподавания неотложных состояний, наметить пути устранения выявленных недостатков в процессе обучения.

Вопросы неотложных состояний глаз выносятся на научно- практические конференции, проводимые для врачей области.

Выводы. Преподавание неотложных состояний на кафедре

офтальмологии УНИПО ДонНМУ многогранное, многоступенчатое, направленно на различные контингенты обучающихся. Благодаря наглядности преподавания повышается усвоение знаний – умений. Проводимый компьютерный тестовый контроль позволяет объективно оценить уровень подготовки врачей, а наличие обратной связи повышает мотивацию к обучению.

Литература:

1. Візір А.Д. Шляхи вдосконалення навчання лікарів-інтернів/ А.Д.Візір, В.О. Маврин //Медична освіта.-2000.-№1.-с.26-27.

2. Казаков В.Н. Методологія і реалізація системи управління якістю медичної освіти./ В.Н.Казаков, А.Н.Талалаенко, М.Г. Гарина - Донецьк, 2001.-213 с.

Резюме. Робота присвячена питанням організації викладання питань невідкладних станів органу зору. Наводяться дані про особливості методичного забезпечення занять,використання мультимедійних засобів навчання,тестового контролю знань.

Ключові слова: невідкладні стани органу зору,навчання

TEACHING THE PROVISION OF URGENT CARE PATIENTS WITH PATHOLOGY OF ORGAN OF VISION

Suhina L.A., Golubov KE, Smirnova A.F., Zorina MB, Suhina I.V., Kotlubey GV
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The work is devoted to questions of organization of teaching of issues of emergency States of the organ of vision. Provides data about the peculiarities of the methodical providing of training,the use of multimedia learning tools,test control of knowledge.

Key words: emergency condition of the organ of vision,training

УДК 617.7:614.25:378.14

ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПОСОБИЙ В ОРГАНИЗАЦИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ ДЕТСКИХ ОФТАЛЬМОЛОГОВ

Сухина Л.А., Голубов К.Э, Смирнова А.Ф.,
Котлубей Г.В., Сухина И.В., Зорина М.Б.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Работа посвщена особенностям использования мультимедийных методических пособий в процессе последипломного обучения детских офталь-мологов. Цель мультимедийных методических пособий- отразить основные этапы обследования или лечения больного ребенка, зафиксировать редко встречающие наблюдения. Его специфические особенности раскрывают перед обучающимися процессы и явления недоступные для изучения с помощью других средств.

Ключевые слова: мультимедийные методические пособия, обучение

Совершенствование системы последипломного образования детских офтальмологов предполагает внедрение в учебный процесс современных технических средств обучения. Немая роль в этом принадлежит мультимедийным методам обучения. Использование их в процессе преподавания особенно и даже необходимо в медицинских учебных заведениях, где объектом изучения является

человеческий организм. Кроме того, слайды не дают должного представления о ходе тех или иных оперативных вмешательств, об особенностях технических приемов при их проведении в зависимости от характера операций или методик обследования пациентов.

Наиболее эффективное использование мультимедийных методических пособий в преподавании связано с определением их места в процессе обучения, и с выяснением информативных возможностей. Мультимедийные методические пособия обучения должны помочь преподавателю в определенном месте и в определенное время обучения выполнять те задачи, которые не могут быть разрешены другими путями и средствами. Однако, мультимедийных методических пособий не является средством самостоятельно формирующим знания. Их необходимо рассматривать в качестве компонента единой методической системы обучения.Представляется особенно важным использовать мультимедийные методическия пособия в преподавании детской офтальмологии, учитывая то, что объект изучения глаз- малых размеров, а видеофрагменты пособия позволяет увеличить как его изображение, так и детально рассмотреть отдельные его части , ход офтальмологического обследования или оперативного вмешательства.В процессе обучения детских офтальмологов на кафедре глазных болезней ФИПО учебные мультимедийные методические пособия используется в течение пяти лет и уже накоплен определенный опыт их применения наряду с другими средс твами преподавания.

Цель мультимедийных методических пособий- отразить основные этапы обследования или лечения больного ребенка, зафиксировать казуистические и редко встречающие наблюдения. Их особенностью является то, что пособие включает не только виодеофрагменты, но и текстовую информацию, а так же и воп-росы для самоконтроля. Опыт показывает, что видеофрагменты не должны быть продолжительными- не более 3-5 минут.Особое место занимает использование мультимедийных методических пособий во время лекций.

Особенное значение видеофрагментов в мультимедийных методических пособиях отводится на циклах «Патология органа зрения у новорожденных детей», «Избранные вопросы детской офтальмологии», «Микрохирургия глаза». С их помощью курсант может глубже ознакомится с деталями техники офтальмологического осмотра новорожденного доношенного и недоношенного ребенка, кадры крупным планом позволяют фиксировать основные наиболее важные моменты при зондировании слезных путей и замедленно их показать. В целях фиксации внимания офтальмологов на отдельных особо важных моментах манипуляций применяется так же «стоп-кадр», а для повторного показа отдельных моментов- метод обратной проекции в сочетании с текстовым конспектом изложенного. Широко используются мультимедийные пособия при проведении занятий посвященных современным методам лечения врожденной катаракты и ретинопатии недоношенных

Оказался полезным просмотр мультимедийных методических пособий перед экзаменом и зачетами с целью повторения пройденного материала в памяти курсантов. Мультимедийные методические пособия являются необходимым

компонентом практического занятия при отсутствии в клинике больных с тем или иным заболеванием, проведении какого-либо оперативного вмешательства, о которых, согласно программы, идет речь. Использование их на практических занятиях помогает организовать внимание курсантов, повысить интерес к предмету. Значительная роль использования мультимедийных мето-дических пособий в организации самостоятельной внеаудиторной работы курсантов. Их просмотр полезен в процессе отработки пропущенных занятий. Курсантами самостоятельно могут быть просмотрены специальные разделы пособия для закрепления полученных данных.

Таким образом использование мультимедийных методических пособий занимает особое место в последипломном обучении детских офтальмологов . Его специфические особенности раскрывают перед обучающимися процессы и явления недоступные для изучения с помощью других средств.

Литература:

1. Казаков В.Н. Методологія і реалізація системи управління якістю медичної освіти.// В.Н.Казаков, А.Н.Талалаенко, М.Г. Гарина - Донецьк, 2001.- 213 с.

Резюме. Робота посвщена особливостям використання мультимедійних методичних посібників у процесі післядипломного навчання дитячих офтальмологов. Мета мультимедійних методичних посібників - відобразити основні етапи обстеження або лікування хворої дитини, зафіксувати рідко зустрічають спостереження. Його специфічні особливості розкривають перед навчаються процеси і явища недоступні для вивчення з допомогою інших засобів.

Ключові слова: мультимедійні методичні посібники, навчання

FEATURES OF USE OF MULTIMEDIA TEXTBOOKS IN THE ORGANIZATION OF POSTGRADUATE EDUCATION OF CHILDREN'S OPHTHALMOLOGISTS

Suhina L.A., Golubov KE, Smirnova A.F.,Zorina MB, Suhina I.V., Kotlubey GV
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Sammary. Work posudina the usage of multimedia manuals in the process of post-graduate education of children's ophthalmologists. The goal of multimedia manuals to reflect the main stages of the examination or treatment of a sick child, to fix rarely meet observations. Its specific features reveal to studying the processes and phenomena are not available for study by other means.

Keywords: multimedia manuals, training.

УДК 378.147-057.88

ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

Сухіна Л.О., Голубов К.Є., Смирнова О.Ф.,
Зоріна М.Б,Сухіна І.В., Котлубей Г.В.
Донецький державний медичний університет ім.М.Горького

Резюме. Робота присвячена особливостям підготовки сімейного лікаря з офтальмології, надаються приклади використання різних методів інтерактивного навчання.Звернуто увагу на профілактичнуій спрямованость роботи сімейного лікаря, надається алгоритм організації проведення першого етапу профілактичного огляду населення, виделення груп ризику щодо розвитку патології органу зору.

Ключові слова: сімейний лікарь,офтальмологія,педагогика

Розвиток охорони здоров'я в Україні в даний час розглядається у взаємозв'язку зі створенням та зміцненням інституту сімейного лікаря.

Основне завдання підготовки сімейного лікаря- це формування нового психологічного типу лікаря , здатнього надавати в повному обсязі лікуваль-но-діагностичну та профілактичну допомогу населенню закріпленої діль-ниці. Майбутній сімейний лікар це не тільки спеціаліст із внутрішних хвороб. У діагностичному плані йому необхідно зорієнтуватися, окрім терапії і в суміжних захворюваннях, з якими звертається населення до терапевта позалікарняної допомоги . Теоретична програма підготовки сімейного лікаря передбачає вивчення основ всіх медичних дисциплін, зокрема офтальмології. Знання основ офтальмології необхідно йому як для вирішення суто вузьких спеціальних проблем, так і своєчасної діагностики ряду запальних хвороб.

Важливими питаннями у підготовці сімейного лікаря з офтальмології є своєчасна діагностика та лікування хвороб ока, знання перебігу різноманітних захворювань органа зору як у осіб дитячого, так і похилого віку.

На кафедрі очних хвороб ФПО з метою інтенсифікації вивчення офтальмології використовуємо такі підходи як, максимальне застосування візуального компоненту у вивченні клініки хвороб ока. Під час проведення занять основна частка часу виділяється самостійній курації хворих, під час якої викладач проводить клінічні обходи, розбір тематичних хворих, контролює курацію. Протягом всього курсу навчання кожній групі лікарів демонструємо хворих з різною патологією органу зору, звертаючи увагу лікарів на особистості перебігу захворювань у осіб різного віку. Демонстрація хворих попереджає розбір матеріалу заняття, що підсилює інтерес лікарів до вивчення дисципліни та викликає дискусію, які безперечно, сприяють засвоєнню даної теми .

Наданню невідкладної допомоги пацієнтам з гострим нападом глаукоми, пошкодженням органу зору, гострими порушеннями кровообігу у судинах сітківки та зорового нерву та інших станах приділяється особисту увагу. Лікарі під час вирішення ситуаційних завдань відпрацьовують алгоритм надання невідкладної допомоги на догошпитальному етапі.

Під час занять відбувається постійне наголошення на тому, що існує певний зв'язок внутрішньої патології з офтальмологічними синдромами та захворюваннями з обов'язковим наведенням прикладів із власної патології. Особисту увагу надається питанням доцільності офтальмологічного обстеження пацієнтів та профілактики очних ускладнень цукрового діабету, гіпертонічної хвороби, захворювань нирок та ін. Лікарям надаються ознаки перших клінічних ознак ускладненого перебігу даних хвороб.

Вивченню питань клінічної офтальмофармакології придається постійна увага.. Лікарям надаються комплекти препаратів з кожної теми з анотаціями до них для індивідуального вивчення, а також надаються дані щодо нових препаратів, які використовуються у офтальмологічній практиці, обговорюються можливості їх в застосування у осіб різного віку.

З метою знайомства з сучасними технологіями лікування хворих на

старечу катаракту, глаукому, демонструються відеофільми, які створені на кафедрі та проведних офтальмологічних клініках країни..

Під час проведення всього курсу викладання основ офтальмології надається наголос на профілактичниій спрямованості роботі сімейного лікаря. Навчаючимся надається алгоритм організації проведення першого етапу профілактичного огляду населення, виделення груп ризику щодо розвитку патології органу зору.. Ураховуючи той факт, що лікар спостерігає усю родину, звертається увага на доцільність проведення вимірювання внутрішньоочного тиску не тільки у пацієнтів після 40 років, а інших членів сім'ї , де спостерігались випадаки глаукоми. Надаються алгоритми прове-дення профогляду серед дітей та підлітків, профілактичних заходдів щодо профілактиці зорового втомлення та інш.

Особлива увага на кафедрі приділяється контролю теоритичних знань та прауктичних навичок. На кожному занятті сімейним лікарям про-понуються методики проведення простих діагностичних офтальмологічних обстеженнь пацієнтів, які можливо використовувати в умовах сімейної амбулаторії для ранньої діагностики патології органу зору.Аналіз володіння знаннями та практичними навичками з питань офтальмології, проведений за даними підсумкової співбесіди з родинними лікарями, свідчить про значну зацікавленість їх вивченням предмету. Під час співбесіди вони відзначають , що треба виділяти більше часу на вивчення, насамперед, практичних навичок.

Таким чином, подібні підходи дозволять інтенсифікувати вивчення офтальмології, наблизити цей процес до потреб практичної роботи сімей-них лікарів, а також буде сприяти професійної готовності до самостійного прийняття рішення, формуванню якісного нового в психологічному плані багатопрофільного лікаря–клініциста, чіткого організатора, координатора всієї лікуально-діагностичної роботи на дільниці обслуговування.

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА ПО ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Сухина Л.А., Голубов К.Е., Смирнова А.Ф.,
Зорина М.Б,Сухина И.В., Котлубей Г.В.

Резюме. Работа посвящена особенностям подготовки сеімейного врача по офтальмологии, Предоставляены примеры использования различных методов интерактивного обучения. Акцентировано внимание на профилактической направленности работы семейного врача, предоставлены алгоритм организации проведения первого этапа профилактического осмотра населенияи выделения групп риска развития патологии органа зрения.

Ключевые слова: семейный врач, офтальмология, педагогика

PECULIARITIES OF TRAINING OF FAMILY DOCTOR IN OPHTHALMOLOGY

Suhina L.A., Golubov KE, Smirnova A.F., Zorina MB, Suhina I.V., Kotlubey GV
Donetsk national medical university named after M.Gorkiy

Summary. The work is devoted to preparation semeinogo doctor in ophthalmology, Predostavleny examples of usage of different methods of interactive learning. The attention is focused on the preventive work of the family doctor, provided the algorithm of the organization of the first stage of the preventive inspection naselenie allocation of risk groups for development of pathology of organ of vision.

Key words: family doctor, ophthalmology, pedagogy

УДК 613.21-057.875

ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Терещенко И.В., Зубенко И.В.
Донецкий Национальный медицинский университет им М. Горького.

Резюме. Рациональное питание является основополагающим фактором сохранения здоровья молодежи. В многочисленных медицинских и педагогических научных работах анкетирование имеет важное научно-практическое значение для объективного исследования питания. В работе проведена оценка позитивных и негативных особенностей питания студенческой молодежи по данным анкетирования.

Ключевые слова: анкетирование, здоровье, рациональное питание, студенты.

Согласно современным представлениям, питание – это один из фундаментальных факторов, который определяет продолжительность и качество жизни человека, создает условия для оптимального физического и умственного развития, поддерживает высокую работоспособность, повышает возможности организма противостоять воздействию неблагоприятных факторов [1]. Ошибки в структуре питания, круглогодичные дефициты в рационах питания эссенциальных макро- и микроэлементов стали одним из ведущих факторов риска сохранения здоровья, нарушения деятельности адаптационно-регулирующих систем организма, а также развития и хронизации неинфекционных заболеваний [2].

Особую социальную группу с повышенным уровнем риска заболеваний составляют студенты. Годы студенчества совпадают с периодом достижения физической зрелости, социального взросления, выбором и овладением профессией, формированием молодой семьи, что сопровождается повышенными психическими, физическими, интеллектуальными нагрузками на фоне низкой социальной защищенности. При этом необходимо учитывать, что большинство абитуриентов на момент поступления в институты уже имеют различную патологию. По данным профосмотров зарегистрированы различные заболевания у 83% - 94,5% юношей и девушек 17 – 19 лет. Исследования показали, что если принять уровень здоровья студентов 1-го курса за 100%, то на 2-м курсе оно снижается в среднем до 92%, на 3-м – до 83%, на 4-м – до 76%. Рост заболеваемости студентов снижает эффективность учебного процесса, а в дальнейшем ограничивает их профессиональную деятельность, возможности профессионального роста и реализации [3].

Цель работы: оценить характер и особенности питания студентов-медиков по данным анкетирования и определить их соответствие принципам теории рационального и сбалансированного питания.

Материал методы исследования. Анкетирование проводили среди студентов медицинских факультетов (за исключением международного медицинского) Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. ВУЗ был отобран в связи с направленностью профессиональной подготовки будущих специалистов, связанной с сохранением и восстановлением здоровья людей, пропагандой здорового образа жизни. В

исследовании принимали участие 208 человек, из них юношей – 124 (59,6%), девушек – 84 (40,4%). В анкету были включены вопросы, позволяющие изучить рационы питания юношей и девушек, режимы питания, наличие либо ограничение (отсутствие) полноценных пищевых веществ, сбалансированность и нарушения структуры питания, вкусовые предпочтения и др. (всего 43 вопроса).

Результаты исследования. Анализ рационов питания показал, что несбалансированность рационов остается одной из серьезных проблем. По результатам исследования недостаточным является потребление таких наиболее ценных в биологическом отношении пищевых продуктов, как рыба, морепродукты, молочные продукты, растительные масла, свежие овощи. Хотя научные данные однозначны - рыбу, морепродукты, мясо необходимо обязательно включать в еженедельный рацион в связи с тем, что они содержат белки, обладающие высокой пищевой ценностью из-за своего аминокислотного состава, которые хорошо усваиваются организмом [4]. По данным анкетирования рыбу регулярно употребляют - 43,2%, морепродукты (например, морская капуста, креветки, икра и др.) – 20,7%. Кратность приема данных продуктов преимущественно составляет 1-2 раза в месяц. Растительные жиры (в первую очередь растительные масла) в большом количестве содержат ненасыщенные жирные кислоты, которые используются для построения клеточных мембран и выполнения каталитических функций. Их используют 47,1% учащихся. Но, например, в качестве заправки для салатов предпочтение отдается преимущественно майонезу – 72,2%. Из множества растительных масел большинство выбирает подсолнечное – 77,9%, что, видимо, связано с его доступностью и традициями украинской кухни. В рационах питания резко ограничено употребление молочных продуктов - до 18,8% учащихся, свежих овощей и зелени – до 19,2% и 32,2% соответственно, свежевыжатых соков – только у 5,3% анкетируемых. 40,9% из них, приобретая соки в тетрапаках, ошибочно полагают, что их качественный состав соответствует свежевыжатым сокам.

Избыточным является потребление хлебобулочных изделий из муки высших сортов, сдобных изделий и сладостей. В суточном питании большая доля приходится на рафинированные продукты, которые справедливо считаются неполезными для здоровья (белый хлеб, сахаросодержащие продукты, макаронные изделия, кофе, копчености, консервы). Анализ полученных данных показывает, что белый хлеб (вместо черного и отрубного) выбирают – 54,8%, употребляют его с каждым приемом пищи – 46,2%; ежедневно сладости поглощают – 40,8%, причем предпочтение отдается молочному шоколаду – 86,0%. Сало и копчености входят в ежедневный рацион - 17,8%. Процент учащихся, злоупотребляющих кофе – 38,9; пищей быстрого приготовления (в Мак-Дональдсе) – 25,0, сладкими газированными и «энергетическими» напитками – 27,4, что, вероятно, связано с низкой информированностью респондентов о вреде данных продуктов питания.

В продуктах, которые употребляются для "перекусывания" в перерывах

между уроками, в основном должны присутствовать легкоусвояемые формы углеводов, которые сразу же после всасывания будут использованы для питания активно работающих органов и тканей. Сладости предпочитают – 42, 7%, фрукты – 33,2%, ограничиваются чашкой кофе или чая – 17,3%, другое – 6,8%.

Таким образом, выявлено, что в рационах питания учащихся отмечается дефицит витаминов (С, А, Е, К), других микронутриентов (йода, селена, цинка, калия и др.), преобладают углеводно-жировые компоненты, животные жиры, простые углеводы, характерен недостаток белков с высокой биологической ценностью, полиненасыщенных жирных кислот, пищевых волокон.

Способы приготовления продуктов были также проанализированы с точки зрения рациональности, лучшими считаются приготовление на пару, варка, тушение, запекание (в том числе дробные варианты), но не жарение, копчение. По данным исследования жарение предпочитают – 58,2,% учащихся, запекание и тушение – 28,8%, варку – только 13,0%.

Многие учащиеся не соблюдают режим питания, который регламентирует число приемов пищи, интервал между ними, количество калорий на прием, качественную полноценность продуктов на отдельный прием, распределение рациона по приемам пищи в течение дня. Это позволяет оценить рациональность режима питания студентов с учетом их бытовой, учебной, трудовой, тренировочной нагрузки. Один раз в день питается – 10,1%, причем с каждым последующим курсом отмечается рост данного показателя, два раза в день – 40,4%, трижды – 35%, четыре раза в день – 14,5%. Наиболее полноценным по калорийности оказался ужин, т.к. плотный ужин выбирают - 55,3%, но настораживает тот факт, что не ужинают вообще – 16,3%, ужинают позже 21 часа – 44,2%, что может быть связано с нерациональным режимом дня, либо большой загруженностью учащихся.

Были исследованы некоторые факторы образа жизни молодежи, в частности, употребление спиртных напитков. Доля лиц, не употребляющих алкоголь – 22,6%, употребляющих его еженедельно – 23,1 (!), не более 2 раз в месяц – 24,5%, не чаще раза в несколько месяцев – 29,8%.

Выводы: Таким образом, оценив особенности фактического питания студентов по данным анкетирования, мы определили их несоответствие принципам теории рационального и сбалансированного питания, что требует коррекции структуры и режимов питания, жесткого контроля со стороны родителей, педагогов и медработников. А также обучения молодежи основам правильного, здорового питания в системе еще среднего и затем высшего образования, введение специальных дисциплин (диетология, нутрициология, и т.п.), выработке стереотипов здорового образа жизни, формирования установок на то, что в ряду жизненных ценностей, именно здоровье занимает первое место.

Литература:

1. Кожевникова Н.Г. Гигиенические аспекты образа жизни студентов-

медиков высших учебных заведений в современных условиях / Н.Г. Кожевникова, В.А. Катаева // Гигиена и санитария. – 2011. – №3. – С. 74-77.

2. Сергеев В.Н. Оптимизация питания – фундаментальный фактор сохранения здоровья и долголетия / В.Н. Сергеев, Г.В. Сидоренко // Вестник восстановительной медицины. – 2004. - №1. – С.37- 40.

3. Горбач Н.А. Сравнительный анализ медико-социального и психологического портрета студентов / Н.А. Горбач, Г.Н. Гончарова, И.А. Большакова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. - №2. – С. 38-40.

4. Большая Ю.В. Здоровье, долголетие и питьевая вода / Ю.В. Большая, С.В. Воронов, В.Я. Казанов // Проблемы старения и долголетия. – 2011. – Т.20. - №2. – С. 205-207.

Резюме. Раціональне харчування є засадничим чинником збереження здоров'я молоді. У численних медичних та педагогічних наукових роботах анкетування має важливе науково-практичне значення для об'єктивного дослідження живлення. У роботі проведена оцінка позитивних і негативних особливостей харчування студентської молоді за даними анкетування.

Ключові слова: анкетування, здоров'я, раціональне харчування, студенти.

AN ASSESSMENT OF THE ACTUAL NUTRITION OF MODERN STUDENTS

Tereshchenko I.V., Zubenko I.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Rational nutrition is a fundamental factor in maintaining of the young people health. Questioning has great scientific and practical value for the objective study of student nutrition in medical and educational research investigations. The assessment of the positive and negative features of student nutrition according to the questioning was carried out in this article.

Keywords: questioning, health, rational nutrition, students.

УДК 615.851

СУПЕРВИЗИОННАЯ МОДЕЛЬ ОБУЧЕНИЯ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Титиевский С.В., Бабюк И.А., Побережная Н.В., Табачников А.Е., Черепков В.Н., Рымарь И.Б., Шульц О.Е., Фирсова Г.М.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Описана модель обучения групповой психотерапии, основанная на принципах индивидуальной супервизии.

Ключевые слова: супервизия, групповая психотерапия, последипломное образование психотерапевтов.

Супервизия является уникальной обучающей структурой при освоении психотерапии, которая чрезвычайно важна для профессионального формирования психотерапевта [4], однако до сих пор применяется неоправданно редко. Индивидуальная супервизия развивалась как межличностная структура для повышения компетентности в психоанализе, использовавшая регулярные личные встречи супервизора и супервизируемого [3]. В процессе проведения таких встреч супервизор создаёт «достаточно безопасную» атмосферу, в которой супервизируемый докладывает о

взаимодействии между ним и его больным. Если вопросы индивидуальной супервизии разработаны достаточно полно, то проблемы супервизии при обучении групповой терапии далеки от разрешения. Можно сделать вывод о том, что самостоятельная работа под наблюдением супервизора рассматривается как завершающий этап подготовки группового психотерапевта [1]. В настоящей работе нами на основании собственного многолетнего опыта делается попытка охарактеризовать супервизию как метод обучения групповой психотерапии в системе последипломного образования врачей-курсантов.

Результаты и их обсуждение. Супервизия невозможна без создания в самом её начале супервизионного альянса как особой формы отношений между супервизором и каждым из врачей-курсантов. В отличие от индивидуальной супервизии, в условиях группы данный альянс является объектом обсуждения и, соответственно, множественной обратной связи. Его целями являются преодоление препятствий в учёбе, обеспечение неосуждающей обратной связи и оценивания, а также изучение тревоги супервизируемого как препятствия для обучения. При этом, тревога как следствие личной истории конфликтов врача не исследуется.

Полезно начать супервизию с анализа психотерапевтического образования обучаемого, уделяя особое внимание знанию им психотерапии, его личному опыту в этой области, предшествующему опыту супервизии. Далее выясняется мнение супервизируемого о том, что должно произойти при обучении, что он предполагает почерпнуть из него, что нужно сделать для эффективности данного процесса. Затем супервизор просит представить историю развития пациента с подробным изложением ранних взаимоотношений с наиболее значимыми для него фигурами. Это особенно важно, поскольку часто отмечается тенденция курсантов быстро «расправиться» с историей развития или личным повествованием пациента, которые принципиально значимы для построения плана психотерапевтического лечения.

Полезным для психотерапевта является использование записей процесса общения с больными, которые являются текущими или реконструированными комментариями, сделанными на протяжении всей сессии. Одним из способов воздействия на упущения и искажения супервизируемых является аудио- и видеозапись сессий. Для супервизора важно иметь неотредактированную информацию о том, как супервизируемый работает с пациентами.

Супервизор периодически наблюдает группу, которую ведёт врач-курсант (нужно учитывать, что присутствие руководителя может подорвать доверие пациентов к «младшему» психотерапевту). Время такого посещения может варьировать от получаса до полутора часов. Материал, связанный с посещением, используется при супервизионном обсуждении в группе.

Концентрация внимания на представляемом пациенте является необходимой, но недостаточной предпосылкой развития компетентности группового психотерапевта. Такое внимание ограничивает супервизионный диалог, который должен включать в себя обсуждение чувств, идей и образов

психотерапевта, порождающих терапевтическую активность либо препятствующих ей. Подобные дискуссии начинаются тогда, когда либо супервизор, либо врачи-курсанты осознают, что супервизируемый не отреагировал на имеющуюся информацию терапевтически уместными вопросом, конфронтацией, интерпретацией или эмпатическим вмешательством. Цель дискуссии заключается в оказании помощи супервизируемому, хранящему в себе неприятный опыт, не уменьшать собственную осведомленность о нём. Супервизор и врач-курсант, при этом, должны сделать совместный обзор потенциальных препятствий в отношениях терапевт–пациент. Групповой психотерапевт учится в своей работе «приспосабливаться» на основе самопознания того, что затрудняет либо повышает его терапевтическую активность. Иногда оказывается полезен юмор, однако юмор супервизора по отношению к себе, предпочтительнее любого намёка на то, что супервизор смеётся над проблемами курсанта.

Супервизор обладает большим разнообразием доступных ему вмешательств, начиная от активного слушания и разъяснения до ролевых игр для интерпретации «параллельного процесса». Активное слушание супервизором предполагает одновременное восприятие и упорядочение информации об обсуждаемом пациенте и о супервизируемом. Важное место, особенно на раннем этапе супервизии, занимает дидактическое инструктирование, предусматривающее рассмотрение диагностических критериев и того, как диагноз соотносится с психотерапевтическими стратегиями. Такое инструктирование помогает «титровать» тревогу супервизируемого, создавая тем самым основу альянса. Супервизоры должны проводить консультирование на ранних этапах работы, а также всякий раз, когда возникает проблема, связанная с безопасностью пациентов. Творческому обучению супервизируемого может способствовать также сократический диалог. Прояснения и конфронтации являются началом смещения акцента в отношениях супервизор–супервизируемый. Прояснение подразумевает резюмирование совпадений в сообщениях супервизируемого о случае или случаях либо прояснение относящихся ко взаимодействию с пациентом чувств супервизируемого, о которых он не рассказал. Конфронтациями выделяются выраженные в комментариях супервизируемого несоответствия. Они являются важным шагом к пониманию и сдерживанию супервизируемым аффектов в отношениях пациент–терапевт. В то же время, переход от фокуса на пациенте к фокусу на супервизируемом неизбежно увеличивает напряженность в супервизионных отношениях. Супервизионные интерпретации включают интерпретации чувств, психодинамических факторов, мотиваций и защит. Следует помнить, что интерпретация защит обычно увеличивает тревогу супервизируемого, и её лучше использовать после создания работоспособного образовательного альянса. Частным видом интерпретативной деятельности при супервизии является интерпретация «параллельного процесса», когда конфликт пациента воспроизводится супервизируемым в супервизионных отношениях [2]. В данном случае это происходит в условиях группы. Интерпретации

являются наиболее рискованной формой вмешательств и могут стать своего рода «созданием пациента» из супервизируемого. Тем не менее, интерпретация параллельного процесса часто помогает привнести нечто важное в супервизионную дискуссию. Способность делать подобные интерпретации считается маркером уровня развития компетентности супервизоров [5]. Супервизор и супервизируемые могут принять участие как пациенты или терапевт в ролевой игре, если предоставлена адекватная информация о больных. Супервизируемый часто достигает нового уровня эмпатической оценки пациента, играя его роль. Кроме того, ролевая игра предоставляет возможность наблюдать in vivo моделирование со стороны супервизора. Разыгрывая роль психотерапевта, супервизор часто даёт новую информацию о проблемах, которые пациенты демонстрируют в процессе групповой психотерапии, в то время как супервизируемый представляет эти проблемы.

Выводы.

1. Супервизия как метод обучения групповой психотерапии проводится с врачами-курсантами, имеющими соответствующий опыт практической работы.
2. При супервизии как методе обучения групповой психотерапии супервизионный альянс, ход дискуссии и применяемые техники напоминают индивидуальную супервизию, осуществляемую в групповых условиях.
3. Можно предположить, что представленная в данной работе техника отличается от обучения в балинтовских группах большей «дидактичностью» преподавателя и более «мягким» затрагиванием личных проблем обучаемого.

Литература:

1. Александров А.А., Исурина Г.Л., Карвасарский Б.Д., Кулаков С.А. и др. Современные формы подготовки и усовершенствования врачей в области психотерапии. Методические рекомендации МЗ РСФСР. – Ленинград, 1990. – 19 с.
2. Ekstein R., Wallerstein R. S. The teaching and learning of psychotherapy. – New York: Basic Books, 1958.
3. Lomax J.W., Andrews L.B., Burruss J.W., Moorey S. Psychotherapy supervision // Oxford Textbook of Psychotherapy. – Oxford-New York: Oxford University Press, 2008. – P. 495-506.
4. Mohl P.C., Lomax J., Tasman A., Chan C., Sledge W., Summergrad P., Notman M. Psychotherapy training for the psychiatrist of the future // American Journal of Psychiatry. – 1990. – Vol. 147. – P. 7-13.
5. Rodenhauser, P. Toward a multidimensional model for psychotherapy supervision based on developmental stages // Journal of Psychotherapy Practice and Research. – 1994. – Vol. 3. – P. 1-15.

Резюме. Описано модель вивчення групової психотерапії, що базується на принципах індивідуальної супервізії.

Ключові слова: супервізія, групова психотерапія, післядипломна освіта психотерапевтів.

THE SUPERVISIONAL MODEL OF GROUP THERAPY TEACHING

Titievsky S.V., Babyuk I.A., Poberezhnaya N.V., Tabachnikov A.Y., Cherepkov V.N., Rymar I.B., Shults O.Y
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The model of group therapy education based on individual supervision principles is described.

Key words: supervision, group therapy, postgraduate education of psychotherapists.

УДК 616-053.2:378.146/.147]-057.875-054.6

МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА ПРЕПОДАВАНИЯ ПЕДИАТРИИ АНГЛОЯЗЫЧНЫМ СТУДЕНТАМ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ №1 В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Толстикова Е.А., Прохоров Е.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В работе изложены вопросы методического обеспечения англоязычных студентов на кафедре педиатрии №1 в условиях кредитно-модульной системы.

Ключевые слова: методические материалы, педиатрия, англоязычные студенты.

Методические материалы, к которым относятся учебные пособия, учебно-методические пособия, методические рекомендации и др. являются наиважнейшей составляющей организации учебного процесса в условиях кредитно-модульной системы. Особенно большое значение указанные материалы имеют для подготовки англоязычных студентов. В этой связи считаем оправданным описание подготовленных и опубликованных колективом кафедры педиатрии №1 методических материалов на английском языке.

На кафедре педиатрии №1 подготовлен и издан ряд учебных и учебно-методических пособий на английском языке. Прежде всего, необходимо отметить методические рекомендации для самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям по педиатрии, содержащие материалы по 17 запланированным календарно-тематическим планом темам по педиатрии. Наряду с этим, опубликованы англоязычные методические рекомендации для самостоятельной подготовки студентов к внеаудиторным темам, позволяющие студентам самостоятельно осваивать темы, вынесенные для самоподготовки.

За пятилетний период преподавания педиатрии на английском языке кафедральным коллективом подготовлен ряд учебных пособий, а именно: «Избранные лекции по педиатрии» (2009), «Клинические лекции по педиатрии» (2011), «Формирование предварительного диагноза и тактика лечения наиболее распространенных заболеваний детского возраста» - 239 страниц (2012г.), которые являются хорошим подспорьем в подготовке студентов к занятиям по педиатрии.

В помощь англоязычным студентам подготовлены и размещены на

кафедральном сайте мультимедийные презентации лекций по педиатрии на английском языке. В 2013 году подготовлен учебный видеофильм на английском языке «Лечение бронхообструктивного синдрома у детей с использованием доставочных устройств (небулайзерная терапия)».

С целью облегчения процесса подготовки к занятиям и государственному практически-ориентированному экзамену по педиатрии издано учебное пособие «Методические рекомендации по объективному обследованию детей» (2013г.), в котором подробно излагается методика обследования детей по органам и системам. В процессе подготовки указанного пособия использовались современные отечественные и зарубежные учебники, позволившие адаптировать алгоритм проведения объективного обследования ребенка для англоязычных студентов.

За последнее время создано свыше 45 новых тестовых заданий формата А по педиатрии для банка «Крок2» на английском языке (в 2014 году - 25 новых тестов). Ежегодно проводится подготовка 18-20 учебных историй болезни на английском языке для 1 этапа государственного практически-ориентированного экзамена по педиатрии.

Завершена подготовка учебно-методического пособия, содержащего свыше 300 тестовых заданий, которое в настоящее время готовится к изданию. Учебное пособие может быть использовано англоязычными студентами при подготовке к практическим занятиям по педиатрии и тестовому экзамену «Крок2».

В 2013 году переработано и получен гриф МОН учебное пособие «Формирование предварительного диагноза и тактика лечения наиболее распространенных заболеваний детского возраста» на английском языке - 259 страниц. Данное пособие является учебником управляющего типа и содержит не только теоретические материалы, но и граф логической структуры, вопросы для самоподготовки, тесты формата А, а также диагностические и тактические алгоритмы.

В настоящее время продолжается подготовка учебного пособия по диагностике и терапии неотложных состояний у детей.

Таким образом, англоязычные студенты 6 курса обеспечены методическими материалами по педиатрии в полной мере, что способствует дальнейшему совершенствованию процесса подготовки высококвалифицированного специалиста в условиях кредитно-модульной системы образовательного процесса.

Резюме. В роботі викладані питання методичного забезпечення викладання педіатрії англомовним студентам на кафедрі педіатрії №1 в умовах кредитно-модульної системи.

Ключові слова: методичні материали, педіатрія, англомовні студенти.

METODICAL EQIPMENT OF ENGLISH SPEAKING STUDENTS
ON THE PAEDIATRICS DEPARTMENT

Tolstikova E.A., Prokhorov Y.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The article is dedicated to the problem of methodical materials of the 6-th year English-speaking students on the Paediatrics department.

Key words: methodical materials, paediatrics**,** English speaking students**.**

УДК 616-01

МЕДИЦИНА В ГУМАННОМ РАЗРЕЗЕ

Турпаков Д.В. Турпаков А.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Центральная городская клиническая больница № 16

Резюме. Статья представляет собой сеть фактов, которые связаны между собой медицинским и культурным контекстом. В центре рассмотрения находятся болезнь Паркинсона, острый аппендицит, синдром Ван Гога. Приведены примеры из истории медицины, литературы, раскрывающие моральную дилемму «быть или не быть».

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, острый аппендицит, синдром Ван Гога.

11 апреля 1755 г. родился выдающийся английский врач Джеймс Паркинсон. Вклад Паркинсона в развитие мировой медицины тяжело переоценить. Его эссе о дрожательном параличе 1817г. считается первым описанием болезни, которая сегодня носит его фамилию. Болезнь Паркинсона – это хроническое, прогрессирующее нейродегенеративное заболевание неизвестного генеза. Среди возможных причин рассматриваются разнообразные факторы, от генетической предрасположенности, до занятий боксом, яркий пример – Мухамед Али [4]. В день рождения Джеймса, этого истинного наследника Эскулапа, отмечается Всемирный день борьбы с Болезнью Паркинсона [1 ,2, 3].

Хочу отметить, что неврология – не единственное поле деятельности великого врача. В 1812 г. вышла статья, написанная в тандеме отец-сын Джоном и Джеймсом Паркинсонами, о «Случае болезни червеобразного отростка». Как видно из названия, речь идёт об аппендиците, воспалении червеобразного отростка, и как следствие, развитии разлитого воспаления брюшины, перитонита. Эта статья была одним из кирпичиков фундамента, благодаря которому ежедневно по всему миру проводятся десятки операций, аппендэктомий, спасаются человеческие, в основном детские, жизни [5].

Одина из самых драматических операций по поводу воспаления червеобразного отростка состоялась ночью 30 апреля 1961 года. 27-летний хирург 6-й Советской Антарктической экспедиции, Леонид Рогозов, самостоятельно поставил себе диагноз: острый аппендицит, и принял решение об оперативном вмешательстве. Это событие описано Рогозовым в «Информационном бюллетене Советской Антарктической экспедиции». Вот некоторые строчки из него:

«Я не позволял себе думать ни о чём, кроме дела… В случае, если бы я потерял сознание, Саша Артемьев сделал бы мне инъекцию — я дал ему шприц и показал, как это делается… Мои бедные ассистенты! В последнюю минуту я посмотрел на них: они стояли в белых халатах и сами были белее белого. Я тоже был испуган. Но затем я взял иглу с новокаином и сделал себе первую инъекцию. Каким-то образом я автоматически переключился в режим

оперирования, и с этого момента я не замечал ничего иного.»

Операция увенчалась успехом и привела к полному выздоровлению врача [6, 7].

А вот ещё одна цитата: «Рано или поздно в процессе обучения у каждого студента-медика возникает вопрос. Какой силы травматический шок может вынести пациент? Разные преподаватели отвечают на этот вопрос по-разному, но, как правило, ответ всегда сводится к новому вопросу: Насколько сильно пациент стремится выжить?». Она взята из рассказа Стивена Кинга «Оставшийся в живых», в котором хирург, оказавшись на необитаемом острове, решает вопрос пропитания путём антропофагии, каннибализма. Согласен, что пример далёк от гуманного и высокоморального образца современного члена общества, но так ли он разнится с безвыходным случаем Рогозова?

Не могу обойти стороной и Арона Ралстона, американского альпиниста, который провёл больше 5-ти суток в каньоне, где его рука была зажата между валуном и скалой. В итоге, он принял судьбоносное решение отрезать конечность, которое спасло ему жизнь. После выхода в свет его книги «Между молотом и наковальней», которая легла в основу фильма «127 часов», он стал живым примером неподдельного героизма и храбрости [8].

Пожалуйста, задумайтесь о природе человека! Некоторые жалеют себя, боятся стоматологов, в то время как другие люди …. Понятно, ситуации очень разные, но все же.

В мире с лёгкостью можно найти противоположности: свет – тьма, добро – зло, любовь – ненависть. Так и здесь, если есть место для воли к жизни, которая помогает идти на экстраординарные поступки, найдётся и для буйного, нездорового самоистязания. Эта патология носит имя одного из наиболее выдающихся и противоречивых деятелей искусства всех времен – нидерландского художника Винсента Ван Гога. Синдром Ван Гога определяется, как неоднократное нанесение себе увечий (ампутация частей тела, ожоги, укусы, разрезы и пр.) или настойчивое желание о проведении хирургических операций. Среди причин этого состояния рассматривают психиатрические заболевания (шизофрения, биполярное расстройство), воздействие наркотических веществ, инфекционные заболевания, поражающие нервную систему [9].

Как известно, Винсент отрезал себе часть уха и преподнёс в подарок проститутке. Некоторые искусствоведы считают, что этому послужило впечатление, которое оказала на Ван Гога коррида, где поверженному быку в качестве трофея отрезали ухо. Возможно, так великий художник выражал своё непреодолимое чувство любви, с другой стороны, это могло быть проявлением психоза на фоне диффузного менингоэнцефалита, однозначного ответа здесь быть не может [10, 11].

В 1981 году, соотечественник Ван Гога, садовод по фамилии Ван дер Верельд, страдавший болезнью Паркинсона, вывел сорт красно-белых тюльпанов, назвав его в честь английского врача. Таким образом, Джеймс Паркинсон получил бессмертие не только в названии набора симптомов, но и в

прелестном цветке. В апреле 2005 г. красный тюльпан был избран, как международный символ болезни Паркинсона [2,3].

В итоге, хочу пожелать всем и каждому, приблизится к золотой середине между маргиналиями этого мира.

Литература:

1. Азио Давид, Ван Гог (Жизнь замечательных людей), Москва: Молодая гвардия, 2012г. – С. 225

2. Кинг Стивен, Оставшийся в живых [Электронный ресурс]. – Режим доступа: URL : http://lib.ru/KING/staylife.txt. – Название с экрана.

3. Лепори Л.Р., Болезнь Паркинсона. Мини-атлас, Москва: МЕДпресс-информ, 2011г. – С. 6-10

4. Перрюшо Анри, Жизнь Ван Гога, - Прогресс. 1973г. - С. 125

5. Рогозов Л. И. Операция на себе // Бюллетень советской антарктической экспедиции. — Москва, 1962. — Вып. 37. — С. 42—44.

6. Muhammad Ali and his battle. The Guardian, Friday 20 March 2009. [Electronic Resource]. – Mode of access: URL: http://www.theguardian.com/lifeandstyle/2009/mar/20/parkinsons-disease-muhammad-ali. - Title from the screen.

7. Ramachandran M, Aronson JK. «John and James Parkinson's first description of acute appendicitis and its associated complications of perforation and death.» Journal of the Royal Society of Medicine. 2011 Jul;

8. Ralston Aron, «Between a Rock and a Hard Place», Atria Books; 1st Atria Books Hardcover Ed edition, 2004, 354 pp.

9. Roka YB, Thapa R, Puri PR, Aryal S. «Van Gogh syndrome.» Journal of Nepal Health Research Council. 2011 Apr; 9(1):79-81.

10. Rogozov V., Bermel N., «Auto-appendectomy in the Antarctic: case report.» [Electronic Resource]. – Mode of access: URL: http://www.bmj.com/content/339/bmj.b4965. - Title from the screen.

11. The red tulip and EPDA logo. The European Parkinson’s Disease Association (EPDA) [Electronic Resource]. – Mode of access: URL: http://www.epda.eu.com/en/media-centre/the-red-tulip-and-epda-logo/. - Title from the screen.

12. What is Parkinson’s Disease? The Parkinson’s Disease Foundation (PDF) [Electronic Resource]. – Mode of access: URL: http://www.pdf.org/en/about_pd. - Title from the screen.

Резюме. Стаття являє собою сіть фактів, які пов’язані між собою медичним та культурним контекстом. У центрі розглядання знаходяться хвороба Паркінсона, гострий апендицит, синдром Ван Гога. Наведені приклади з історії медицини, літератури, які розкривають моральну дилему «бути чи не бути».

Ключові слова: хвороба Паркінсона, гострий апендицит, синдром Ван Гога.

MEDICINE IN THE HUMANE SECTIONAL VIEW

Turpakov D.V. Turpakov A.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky
Central city clinical hospital № 16

Summary. The article is a web of facts which are connected with each other by medical and

cultural context. Parkinson`s disease, acute appendicitis and Van Gogh syndrome are in the centre of consideration. Cases from history of medicine and literature are mentioned to disclose a moral dilemma «to be or not to be».

Key words: Parkinson`s disease, acute appendicitis, Van Gogh syndrome.

УДК: 61-057.875:378.146/.147

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Подоляка В.Л., Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Джеломанова С.А., Ольшевская Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме: В условиях реформирования высшей школы должны изменяться образовательные технологии преподавания. Качественная подготовка студентов невозможна без использования современных образовательных технологий. Особенно в обучении студентов медицинских вузов можно с успехом применять метод симуляций. Таким образом, новейшие методы обучения способствуют единому решению проблем коммуникативного, познавательного и воспитательного характера: развивают умения и навыки общения, устанавливают эмоциональный контакт со студентами, учат их работать, учитывать мнения и высказывания других .

Ключевые слова: образовательные технологии преподавания, качественная подготовка, новейшие методы обучения студентов .

В условиях реформирования высшей школы должны изменяться образовательные технологии преподавания в медицинских вузах. В связи с этим, преподавателю важно знать новейшие методы преподавания, специальные учебные техники и приемы, чтобы оптимально подобрать тот или иной метод преподавания в соответствии с уровнем знаний, потребностей, интересов студентов [1,2].

Новые методы обучения в медицинских вузах, не являются какими-то простыми «алгоритмизированными единицами», их рациональное и мотивированное использование требует креативного подхода со стороны преподавателя, поэтому и подход к выбору методов обучения должен основываться на творчестве педагога. Одним из основных мотивов использования нетрадиционных форм, является повышение творческо-поисковой активности студентов. Инновационные методы обучения направлены на развитие и самосовершенствование личности, на раскрытие ее резервных возможностей и творческого потенциала, создают предпосылки для эффективного улучшения учебного процесса [1,3] .

Качественная подготовка студентов невозможна без использования современных образовательных технологий. Современные технологии в образовании - это профессионально-ориентированное обучение, применение информационных и телекоммуникационных технологий, работа с учебными компьютерными программами (система мультимедиа), дистанционные технологии, создания презентаций в программе Power Point, использование интернет - ресурсов, обучение в компьютерной среде (форумы, блоги,

электронная почта), новейшие тестовые технологии (создание банка диагностических материалов по курсу учебного предмета для проведения компьютерного тестирования с целью контроля студентов) [3] .

Особенно в обучении студентов медицинских вузов можно с успехом применять метод симуляций. В кибернетике данный термин используется для моделирования и имитации реальности. В обучении речь идет о различных симуляционных так называемых игр, которые предоставляют студентам возможность отрабатывать свои навыки, применять знания с целью решения той или иной задачи в так называемой «безопасной среде», имитирующей реальные ситуации. Симуляции упорядочивают знания учащихся, готовят их к необходимости принятия в будущей деятельности быстрых и мотивированных решений [2,3] .

Из всего выше сказанного, следует сделать вывод, что для преподавателя сегодня важно постоянно совершенствовать свои знания о методах обучения в медицинских учреждениях, внедрять в свою преподавательскую практику новейшие образовательные концепции, идти в ногу со временем. Важно отметить, что интерактивное обучение - это такой вид учебно - познавательной деятельности, реализующийся в форме диалога, с непрерывной корректировкой содержания обучения по результатам анализа деятельности субъекта обучения. В условиях применения интерактивных методов обучения учебный процесс организуется так, что практически все студенты поощрены к процессу познания, имеют возможность понимать, о чем идет речь, осуществлять рефлексию собственной учебно – познавательной деятельности через оперативное определение ее результатов.

Таким образом, новейшие методы обучения способствуют единому решению проблем коммуникативного, познавательного и воспитательного характера: развивают умения и навыки общения, устанавливают эмоциональный контакт со студентами, учат их работать, учитывать мнения и высказывания других. Как показывает предыдущий опыт, использование указанных методов обучения снимает нервное напряжение студентов, меняет формы деятельности, привлекает внимание к основным вопросам.

Литература:

1. Педагогика в медицине / Н.В.Кудрявой.// – М.: Академия, 2008 – 320с.

2. Научная организация учебного процесса./ Белагурова В.А. // – М., ГЭОТАР – Медиа, 2007 – 320с.

3.Психология и педагогика в схемах и комментариях./ Крысько В.Г.// СПб.: Питер, 2006. – 320 с.

Резюме: В умовах реформування вищої школи мають змінюватися освітні технології викладання. Якісна підготовка студентів не можлива без використання сучасних освітніх технологій. Особливо в навчанні студентів медичних вузів можна з успіхом застосовувати метод симуляцій. Таким чином, новітні методи навчання сприяють одноразовому вирішенню проблем комунікативного, пізнавального та виховного характеру: розвивати уміння і навички спілкування, встановити емоційний контакт із студентами, навчити їх працювати, зважати на думки і висловлювання інших.

Ключові слова: освітні технології викладання, якісна підготовка, новітні методи

навчання студентів.

EDUCATIONAL TECHNOLOGY TEACHING IN MEDICAL SCHOOLS

Tutov S.N.,Churilov A.V., Podolyaka V.L., Drupp Y.G,, Podolyaka D.V.,
Dzhelomanova S.A., Ol'shevskaya E.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary: In the context of reform of higher education must change educational technology teaching. Quality training of students is impossible without the use of modern educational technology. Especially in teaching medical students can be successfully applied method simulations. Thus, new methods of teaching contribute to a common problem-solving communicative, cognitive and educational nature : develop skills and communication skills , establish emotional contact with students, teach them to work,consider the views and opinions of others

Keywords: educational technology teaching, quality training, the latest methods of teaching students.

УДК 616.12-002.77-953.2:378.147.88

ОПТИМИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РАЗДЕЛА «ДЕТСКАЯ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЯ» НА ВЫПУСКАЮЩЕЙ КАФЕДРЕ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Челпан Л.Л., Прохоров Е.В., Островский И.М.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В статье рассматриваются вопросы оптимизации самостоятельной работы студентов при изучении раздела детская кардиоревматология на выпускном курсе. Представлен опыт методического обеспечения и оценивания различных видов самостоятельной работы**.**

Ключевые слова: самостоятельная работа, студенты, болонская система

Главная цель высшего медицинского образования — высокое качество подготовки специалистов, сочетание профессионализма со всесторонним развитием личности. Основной задачей современной высшей школы на этапе вхождения украинского образования во всемирное образовательное пространство является обеспечение фундаментальной научной, профессиональной и общекультурной подготовки студентов.

В условиях кредитно-модульной организации учебного процесса основное внимание отводится самостоятельной подготовке студентов. При этом меняется роль преподавателя – из источника учебной информации он превращается в организатора учебного процесса. Изменяется содержание самостоятельной работы. В системе активного овладения специальностью студенты всегда должны видеть как конечные, так и промежуточные профессиональные цели при изучении дисциплины. Не преподаватель ведет студента к поставленной цели, а студент, опираясь на помощь преподавателя, самостоятельно и активно добивается ее.

Самостоятельная работа студентов может быть двух видов: организованная преподавателем и самостоятельная работа без непосредственного контроля со стороны преподавателя, когда он выступает

только как консультант по их самообразованию. При этом самостоятельная работа студентов может включать: освоение теоретических материалов дисциплины, подготовку рефератов, докладов, статей, участие в выполнении научно – исследовательских работ кафедр.

Раздел «детская кардиоревматология» у студентов выпускного курса изучается на базе нефрологического отделения Областной детской клинической больницы г. Донецка и состоит из 4-х занятий для студентов, обучающихся по специальности «Лікувальна справа» и 5-ти занятий у студентов, обучающихся по специальности «Педіатрія». Основной целью изучения раздела детской кардиоревматологии на 6-ом курсе является умение выделить ведущий клинический синдром на основании изучения жалоб, анамнеза заболевания, объективного осмотра пациента, провести в рамках ведущего синдрома дифференциальную диагностику, поставить предварительный диагноз, наметить план ведения пациента. Кроме того, студент должен уметь диагностировать неотложные состояния в детской кардиоревматологии, оказывать неотложную помощь, а также освоить ряд манипуляций и навыков. Среди навыков следует отметить измерение артериального давления и определение пульса на нижних конечностях; проведение закрытого массажа сердца; снятие и расшифровка ЭКГ детям различного возраста; интерпретация эхокардиографии; проведение медицинских манипуляций (внутривенная и внутримышечная инъекция).

Основными методами подготовки студентов являются получение теоретических знаний в виде лекционного курса с использованием мультимедийного оборудования, лекций-дискуссий. Для полноценного усвоения поставленных целей на практических занятиях применяются интерактивные методы обучения. Для успешного усвоения раздела служит методический материал, подготовленный сотрудниками кафедры. На кафедре имеется большой банк фотографий пациентов ревматологического профиля, учебные видеофильмы («Кожный синдром при диффузных заболеваниях соединительной ткани», «Методика обследования суставов у детей», «Дифференциальная диагностика синдрома артериальной гипертензии»), электронное учебное пособие управляющего типа «Ревматология детского возраста», а также справочник по аускультации сердца. Эти материалы находятся в компьютерном классе, куда студент может прийти после занятий с целью самоподготовки. Набор ситуационных задач, посвященных диагностике врожденных пороков сердца, дифференциальной диагностике суставного синдрома позволяет на занятии отработать навыки интерпретации данных дополнительного обследования, дифференциальной диагностики и определения тактики ведения пациентов с заболеваниями сердца и суставов. Также на кафедре имеется набор ЭКГ детей различного возраста в норме и патологии, которыми пользуются преподаватели при рассмотрении темы, посвященной нарушениям сердечного ритма. Каждый студент на данном занятии должен проанализировать ЭКГ и сделать соответствующее заключение.

В центре практических навыков вуза и в специально оборудованном

учебном классе на кафедре на манекенах отрабатываются приемы оказания неотложной помощи. На семинарских занятиях закрепляются полученные знания, обсуждаются дискутабельные вопросы этиопатогенеза, лечения кардиоревматологических заболеваний детского возраста.

Подготовка студентов по разделу детская кардиоревматология включает традиционные образовательные ресурсы (лекции, практические занятия), самостоятельные обучающие ресурсы с участием преподавателя (контролируемая самостоятельная работа), автономные обучающие ресурсы, не требующие участия преподавателя (электронные и печатные версии учебников и учебных пособий, интернет-ресурсы). Организация и обеспеченность этими ресурсами отражена в методических рекомендациях для самостоятельной подготовки студентов, разработанных к каждой теме раздела.

Для обеспечения контроля учебной деятельности, повышения качества подготовки специалиста и создания мотивации систематической работы студентов в течение семестра внедрена рейтинговая система контроля освоения знаний по дисциплине. Оценка знаний студентов в текущем рейтинге по теоретическому блоку основана на исходном и заключительном контроле во время занятия. Исходный контроль предусматривает оценку подготовленности студентов по теме занятия. Он проводится по заданиям, составленным на основе вопросов для подготовки к занятиям, изложенных в методических рекомендациях к практическим занятиям по детской кардиоревматологии. Данные вопросы составлены таким образом, что не требуют дополнительного обсуждения или разъяснения, а для ответов на них достаточно использования автономных обучающих ресурсов. Заключительный контроль проводится на основании индивидуального ситуационного задания, которое получает каждый студент для письменного ответа. В отличие от исходного контроля, заключительный контроль предусматривает оценку способности студента применить свои знания по данной теме в конкретной ситуации – диагностической, дифференциально-диагностической, лечебной или профилактической.

Проведение заключительного контроля возможно только после обсуждения тематического больного, оценки диагностической значимости результатов дополнительного обследования, обсуждения объема лечения с учетом возраста и тяжести заболевания.

Оценка знаний по практическому блоку основана на демонстрации студентами навыков клинического обследования, трактовке результатов лабораторных анализов, инструментального обследования. Это осуществляется во время их, контролируемого со стороны преподавателя, самостоятельного наблюдения за больными детьми с последующим докладом о состоянии их здоровья или выявленных признаков заболевания и его течении перед всей группой. К окончанию практического занятия рейтинговая оценка складывается из средней величины оценок, полученных студентом по теоретическому и практическому блокам.

Методически грамотно организованная самостоятельная работа с

привлечением методического аппарата учебных пособий обеспечивает успешное освоение студентами раздела детская кардиоревматология.

Литература:

1. Волосовець О.П., Вітенко І.С. Зміст і форми організації самостійної роботи студента у вищих медичних навчальних закладах IV рівня акредитації // Медична освіта. – 2004. - №1. – С.5-8.

2. Глушевская, Е.В. Личностно-ориентированный подход в профессиональной подготовке студентов высших медицинских учебных заведений: дис. канд. пед. наук. Ярославль, 2009. - 160 с.

3. Кошелева, А.О. Самоактуализация личности в условиях высшего профессионального образования / А.О. Кошелева // Образование и общество. 2006. - №2. - С. 26-29.

Резюме. У статті розглядаються питання оптимізації самостійної роботи студентів при вивченні розділа дитяча кардіоревматологія на випускному курсі. Представлен досвід методичнооого забезпечення та оцінювання різних видів самостійної роботи.

Ключові слова: самостійна робота, студенти, болонська система

OPTIMIZATION OF INDEPENDENT WORK OF STUDENTS STUDYING THE SECTION "CHILDREN'S CARDIORHEUMATOLOGY" ON GRADUATING DEPARTMENT IN CONDITIONS OF THE CREDIT-MODULAR EDUCATIONAL PROCESS ORGANIZATION

Chelpan L.L., Prokhorov E.V., Ostrovskiy I.M.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This article discusses how to optimize the independent work of students in the study of children's cardiorheumatology section during senior year. The experience of methodical maintenance and various kinds of independent work evaluation are presented.

Keywords: free self-study, students, Bologna system

УДК 378.147:613.3-008-07-053.3

АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ФАКУЛЬТЕТОВ

Чурилина А.В., Чалая Л.Ф., Москалюк О.Н.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Представлена информация, посвященная диагностике функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста, которая свидетельствует о разнообразии и сложности выявления данной патологии у пациентов первых лет жизни.

Ключевые слова: функциональные гастроинтестинальные нарушения, дети раннего возраста.

Функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГР) – это дисфункция органов пищеварения, которая обусловлена изменением их регуляции и сопровождается разнообразной комбинацией гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений [1].

На симпозиуме в рамках гастроэнтерологической недели (Digestive

Disease Week), которая состоялась 23 мая 2006 года в Лос-Анжелесе, была принята усовершенствованная классификация и новые критерии диагностики ФГР у детей (Rome III Diagnostic Criteria – Римские критерии диагностики III) [2]. В соответствии с принятой классификацией, ФГР у детей были распределены на две группы: G и H. В группу G были включены ФГР, которые наблюдаются у новорожденных и детей раннего возраста, а к группе H – ФГР, которые встречаются у детей и подростков. Соответственно Программе по дисциплине «Педиатрия» для студентов высших медицинских учебных заведений IV уровня аккредитации МЗ Украины, ФГР у детей раннего возраста внесены в перечень тем, которые изучаются студентами 4 курса медицинских факультетов [3].

Актуальность темы «Функциональные гастроинтестинальные расстройства у детей раннего возраста» обусловлена значительной частотой, а также разнообразием этиологических форм заболеваний при относительно сходных клинических проявлениях.

Общей целью изучения темы является умение оценивать типичную клиническую картину функциональных расстройств пищеварения у детей раннего возраста, определять общие принципы лечения. Для достижения общей цели студентам необходимо уметь:

1. Выбрать из жалоб и данных анамнеза сведения, которые указывают на наличие у детей функциональных гастроинтестинальных нарушений.
2. Составить индивидуальную схему диагностического поиска.
3. Выявить наиболее информативные признаки функциональных расстройств пищеварения при объективном и лабораторно-инструментальном обследовании.
4. Определить общие принципы лечения и профилактики функциональных гастроинтестинальных нарушений у детей раннего возраста.
5. Применять деонтологические навыки общения с ребенком и его родителями.

Содержание обучения в соответствии с целями состоит в изучении теоретических вопросов:

1. Синдром циклической рвоты.
2. Младенческие колики.
3. Функциональный запор.

СИНДРОМ ЦИКЛИЧЕСКОЙ РВОТЫ

Синдром циклической рвоты – заболевание которое проявляется стереотипными повторными эпизодами рвоты, которая сменяется периодами полного благополучия [4].

Римские критерии III диагностики синдрома циклической рвоты:

1. Два и более периода интенсивной тошноты и стойкой рвоты или длительной рвоты в течении нескольких часов или дней;
2. Возвращение к обычному состоянию здоровья в течении нескольких недель.

У детей чаще всего встречается периодическая ацетонемическая рвота,

которая обусловлена развитием спонтанного кетоацидоза в результате разных факторов (нервно-артритическая аномалия конституции, заболевания поджелудочной железы и др.).

КИШЕЧНЫЕ КОЛИКИ

Римские критерии III диагностики детских колик:

1. пароксизмы раздражительности, беспокойства или крика, которые начинаются и прекращаются без очевидной причины;
2. длительность эпизодов 3 и более часов в день с частотой не менее 3-х раз в неделю в течение хотя бы 1 недели;
3. отсутствие признаков прогрессирования процесса.

Диагноз устанавливают при наличии всех перечисленных признаков у ребенка к 4-месячному возрасту. Для установления диагноза нет необходимости проводить специальные инструментальные и лабораторные исследования [4].

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЗАПОР

Римские критерии III диагностики функционального запора у детей:

1. Два или меньше опорожнений кишечника на неделю;
2. По крайней мере 1 эпизод в неделю недержания кала после приобретения гигиенических навыков;
3. Наличие эпизодов задержки дефекации;
4. Наличие болезненного опорожнения кишечника или твердых испражнений;
5. Присутствие большого количества фекальных масс в прямой кишке;
6. Образование «каловых камней», которые могут затруднять дефекацию;
7. Наличие перечисленных выше признаков сопровождается раздражительностью, снижением аппетита, чувством раннего насыщения, которые исчезают после дефекации.

Диагноз устанавливают при наличии у детей к 4-летнему возрасту в течение 1 месяца не менее 2 признаков. Функциональный характер запора подтверждается после проведения 1) ректального пальцевого исследования 2) ректороманоскопии 3) ирригографии [4].

Таким образом, функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта у детей разнообразны. Их диагностика у пациентов раннего возраста представляет определенные сложности, так как подтверждение функционального характера патологии в большинстве случаев возможно только после проведения инструментального обследования, что весьма затруднительно в силу раннего возраста обследуемых.

Литература:

1. Белоусов Ю. В. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей / Ю. В. Белоусов, О. Ю. Белоусова. – Харьков : ИД «ИНЖЭК», 2005. – 256 с.
2. Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process / D. A. Drossman // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130, № 5. – P. 1377-

1390.

3. Програма з дисципліни «Педіатрія» для студентів 4-5 курсів медичних факультетів вищих учбових закладів IV рівня акредитації МОЗ України. – Київ, 2008. – 48с.

4. Діагностика і лікування захворювань органів травлення у дітей : Протокол МОЗ України № 438 від 26.05.2010. – Київ, 2010 – 146 с.

Резюме. Подана інформація, присвячена діагностиці функціональних порушень шлунково-кишкового тракту у дітей раннього віку, яка свідчить про різноманітність і складність виявлення даної патології у пацієнтів перших років життя.

Ключові слова: функціональні гастроінтестинальні порушення, діти раннього віку.

ACTUALITY OF STUDING MODERN DIAGNOSTICS OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL VIOLATIONS FOR CHILDREN OF EARLY AGE IN PROCESS STUDENTS EDUCATION OF MEDICAL FACULTIES

Churilina A.V., Chalaya L.F., Moskalyuk O.N.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The information is devoted of diagnostics of functional gastroenteric violations for the children of early age and is presented variety and complication of this pathology for the patients of the first years of life.

Key words: functional gastroenteric violations, children of early age.

УДК 61-057.875:378.147+371.315

ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА

Юлиш Е.И.,Чернышева О.Е.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В статье описаны особенности интерактивного обучения студентов медицинского ВУЗа посредством проведения тренинга.

Ключевые слова: интерактивное обучение, тренинг, медицинский ВУЗ.

В современных условиях реформ здравоохранения и реализации новых требований к подготовке специалистов в медицинском вузе, возрастает роль и значение научно-познавательной и самостоятельной работы студентов, будущих специалистов. Процесс обучения студентов в высших учебных заведениях медицинского профиля имеет ряд специфических особенностей, но вместе с тем находится в постоянной взаимосвязи с общими канонами педагогики, основывается на ее законах и правилах. Активные методы обучения способствует развитию познавательных процессов личности (памяти, мышления, восприятия, воображения), логики, речи, а также формированию толерантности (терпимости к иной точке зрения), эмпатии (способности к сочуствию, сопереживанию), открытости, творчества. Необходимой предпосылкой совершенствования и активизации учебного процесса в ВУЗе является знание и умение применения интерактивных методов обучения, позволяющих стимулировать познавательную деятельность студентов и характеризующихся высоким уровнем активности обучения. Они строятся на диалоге, свободном обмене мнениями о путях разрешения той или иной

ситуации, решении проблем. Это могут быть тренинг, ролевые и деловые игры.

В отличие от преподавания, которое подразумевает просто передачу знаний, тренерство воспитывает ответственность. Преподаватель, выступая в роли тренера, предоставляет студентам возможность повысить самооценку, развить чувство ответственности, самостоятельности [1].

Цель тренинга состоит в том, чтобы создать участникам условия для полноценного общения, смоделировать такие ситуации, в которых снимается страх перед самостоятельным высказыванием. При проведении тренинга развивается готовность принять и оказать помощь в нужной ситуации; развивается навык анализировать свои поступки и происходящие события; формируется умение ценить свою и чужую работу; закрепляется чувство позитивизма от совместного труда и творчества.

При этом каждый участник ощущает различные ситуации, определяет свои способности к лидерству, к творчеству, к признанию заслуг другого. Как правило, занятия необходимо выстраивать в игровой форме. Со студентами заранее обговаривается тема, цель, стиль, временные рамки тренинга, желаемые результаты взаимодействия. Также надо оставаться в рамках оговоренных зон исследования. Роль преподавателя состоит в том, чтобы поддержать, а не оценивать студента, не навязывать своего мнения, задавать открытые вопросы, касающиеся только оговоренного предмета рассмотрения, обратить внимание на успехи и достижения участника. При обсуждении необходимо выстраивать вопросы, отталкиваясь от предшествующего утверждения.

Цель информационный блока общения заключается в знакомстве участников с основными приемами по обмену информацией, в формировании умения ее обрабатывать, находить жизненно важное в ней для решения каких-либо проблем.

Интерактивная сторона общения состоит в выработке участниками стратегии совместных действий. Одними из важнейших условий в этом направлении является определение каждый из участников своих сильных сторон в сотрудничестве. Задача преподавателя заключается в анализе достижений, определении новшеств, полученных студентами в процессе тренинга, выделении аспектов взаимодействия, требующих развития.

Перцептивный блок общения, то есть восприятие и взаимопонимание, построены на формировании образа другого человека. Это достигается умением понять через внешние действия человека его внутренний мир, его психологические особенности, которые так отражаются в поведении. Игры на восприятие и взаимопонимание помогают не только узнать новое об окружающих людях, но и понять их позицию, открыть некоторые причины их поведения. В результате студенты учится принимать собеседников такими, каковы они есть, а не какими хотели бы их видеть – во всем согласными ними. Именно перцептивная сторона общения, заложенная в тренинге, и вырабатывает умение принимать себя и других. Поэтому тренинги позволяют развивать уважение и самоуважение, преодолевать внутреннее беспокойство,

учиться поддерживать друг друга, уметь доверять и доверяться, преуспевать без соперничества.

Использование интерактивных методов зависит от преподавателя и научной значимости содержания изучаемой темы. Данные методы обучения создают обстановку, в которой взаимоотношения между преподавателем и студентами приобретают в познавательном смысле активный характер, а также превращают обучение в воспитательный процесс.

Интерактивные методы обучения позволяют одновременно обучить студентов правильно использовать свои знания и действовать в различных ситуациях согласно сложившейся проблеме по ходу деловой игры.

Таким образом, одним из важнейших моментов в учебном процессе является активность обучения и большая роль отводится самостоятельной работе студента. Применение интерактивных методик обучения позволяет применять имеющиеся знания, закреплять навыки и способствует творческой деятельности.

Литература:

1. Сакиева К.Ж, Сарсембаев М.С. «Тренинг» - вид интерактивного метода обучения // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2011. - №1 (29). - С.41-42.

Резюме. У статті описані особливості інтерактивного навчання студентів медичного ВНЗ за допомогою проведення тренінгу.

Ключові слова: інтерактивне навчання, тренінг, медичний ВНЗ.

INTERACTIVE TEACHING METHODS MEDICAL STUDENTS

Yulish Ye.I., Chernyshova O.Ye.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. This article describes the features of an interactive learning medical students through. training.

Key words: online learning, training, medical school.

УДК 615.014.14+615.032+616-053.2-083:378.147

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ СТУДЕНТАМ ДРУГОГО КУРСУ ТЕМИ «ОБЛІК І ПРАВИЛА ЗБЕРІГАННЯ ЛІКІВ. МЕТОДИ ТА ТЕХНІКА ПЕРОРАЛЬНОГО І ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ» З МОДУЛЮ «ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ» НА КАФЕДРІ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДІАТРІЇ

Ярошенко С. Я. , Конюшевська А. А.
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Резюме. У статті викладена методика вивчання на кафедрі пропедевтики педіатрії теми: «Облік і правила зберігання ліків. Методи та техніка перорального і парентерального введення лікарських засобів». Представлені цілі заняття, уміння, які необхідні для досягнення цілі. Описана етапність проведення заняття.

Ключові слова: догляд, діти, Болонська система, методика викладання.

Ефективність призначеного лікування великою мірою залежить від того, наскільки правильно проводиться введення лікарських речовин в організм. З

огляду на це, правильне оволодіння студентами технікою введення лікарських препаратів забезпечує грамотне застосування надбаних навичок і адекватну біодоступність лікарських речовин, які призначено. Однак, крім застосування надбаних навичок, необхідним є також знання правил обліку і зберігання ліків, оскільки порушення цих правил може призвести до зменшення їх ефективності або навіть зміни властивостей. Тому дана тема, яка висвітлює особливості обігу медичного персоналу з ліками, є досить актуальною.

Заняття на кафедрі проводяться за кредитно-модульною системою. Загальною метою навчання є опанування студентами знань і навичок організації обліку і зберігання лікарських препаратів, введення ліків різними методами, подачі зволоженого кисню.

Для досягнення загальної мети студенту необхідно вміти:

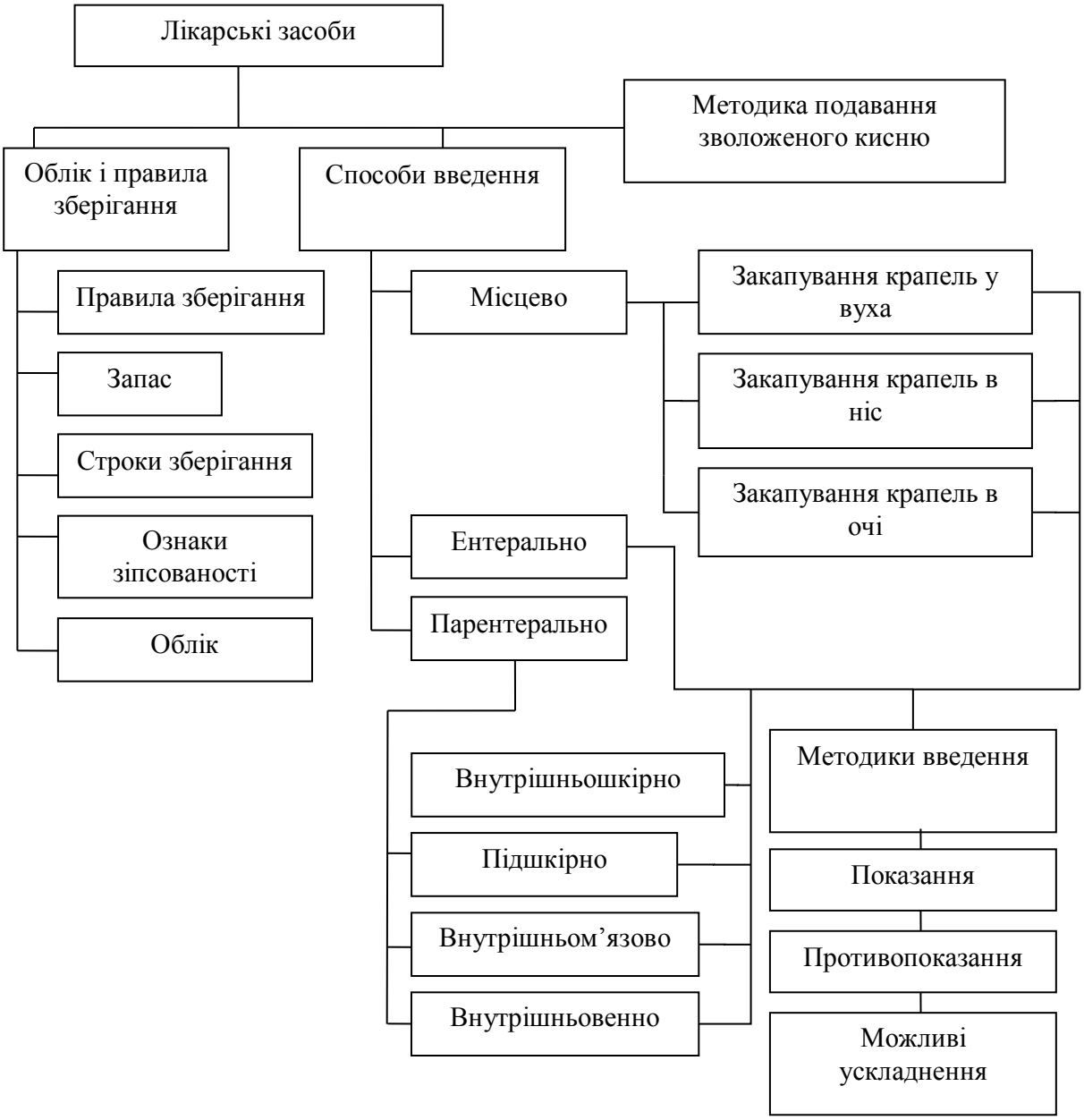
1. Виділити лікарські форми і способи введення лікарських речовин:
2. Організувати облік і зберігання лікарських препаратів у дитячому відділенні.
3. Оцінити анатомо-фізіологічні особливості дитячого організму, які впливають на застосування лікарських препаратів у дітей.
4. Робити введення дитині ліків місцево, перорально і парентерально.

Теоретичні запитання, на які повинен відповідати студент:

1. Форми та способи введення лікарських речовин;
2. Особливості обліку і зберігання різних форм лікарських препаратів;
3. Анатомо-фізіологічні особливості, які обумовлюють методики введення лікарських речовин в організм;
4. Методика закапування крапель у вуха, ніс, очі;
5. Методика перорального введення лікарських засобів;
6. Методика проведення ін’єкцій:
   - 6.1. Методика набирання лікарського засобу в шприц;
   - 6.2. Методика проведення внутрішньошкірних ін'єкцій;
   - 6.3. Методика проведення підшкірних ін'єкцій;
   - 6.4. Методика проведення внутрішньом'язових ін'єкцій;
   - 6.5. Методика проведення внутрішньовенних ін'єкцій;
7. Методика подачі зволоженого кисню;
8. Можливі ускладнення різних методів введення лікарських засобів та способи їх попередження.

На початку заняття викладач озвучує актуальність теми, мету, цілі заняття. Після чого проводиться тестовий контроль. Далі студенти опановують практичні навички на муляжі після демонстрації викладачем. Потім студенти працюють на сестринському посту, знайомляться з правилами обліку і зберігання різних форм лікарських препаратів на робочому місці. Після цього разом з медичною сестрою маніпуляційного кабінету і під контролем викладача студенти відпрацьовують методики введення лікарських препаратів. Проводиться розбір помилок. Потім виконується тестовий контроль. Далі проводиться аналіз і підведення підсумків практичного заняття. Студенти одержують дві оцінки за заняття (оцінка за тестовий контроль і за самостійну роботу).

Граф логічної структури теми «Облік і правила зберігання ліків. Методи та техніка перорального і парентерального введення лікарських засобів»



ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ СТУДЕНТАМ ВТОРОГО КУРСА ТЕМЫ «УЧЕТ И ПРАВИЛА ХРАНЕНИЯ ЛЕКАРСТВ. МЕТОДЫ И ТЕХНИКА ПЕРОРАЛЬНОГО И ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ» МОДУЛЬ «УХОД ЗА ДЕТЬМИ» НА КАФЕДРЕ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ

Резюме. В статье изложена методика преподавания темы «Учет и правила хранения лекарств. Методы и техника перорального и парентерального введения лекарственных средств». Представлены цели занятия, умения, необходимые для достижения цели. Описана этапность проведения занятия.

Ключевые слова: уход, дети, Болонская система, методика преподавания.

FEATURES OF TEACHING STUDENTS OF THE SECOND COURSE OF THEME ARE "THE REGISTRATION AND RULES OF KEEPING OF MEDICINES. THE METHODS AND

TECHNOLOGY OF PERORAL AND PARENTERAL GIVING OF THE MEDICINES" ON CYCLE OF "CARE FOR CHILDREN"

Yaroshenko S., Konyshevskaya A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. In the article methodology of teaching of theme is expounded "The registration and rules of keeping of medicines. The methods and technology of peroral and parenteral giving of the medicines". The aims of employment, abilities necessary to achieve are presented. Stages of realization of employment are described.

Key words: general duty nursing of children, Bologna process, teaching process.

ПЕДИАТРИЯ

УДК 616-053.2-036.86+036.838

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ И ВОССТАНОВЛЕНИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Балычевцева И.В., Безуглова И.А., Стороженко Л.П., Денисенко Т.Ю.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье представлены подходы, условия, возможности и методы реабилитации, используемые в лечении и восстановлении детей-инвалидов.

Ключевые слова: реабилитация, медико-реабилитационные центры, дети.

По сравнению с 2005 годом количество детей-сирот в Украине уменьшилось с 96 тысяч до 93 тысяч.

По состоянию на 1 апреля 2013 года зарегистрировано 92 988 детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки. Количество детей-сирот и детей, лишенных родительской опеки, в Украине составляет более 1% от всех детей, а 74% из них являются социальными сиротами.

В Донецкой области были открыты четыре отделения медико-социальной реабилитации на базах домов ребенка – Донецкого областного специализированного дома ребенка, городского специализированного дома ребенка г. Донецка, областного специализированного дома ребенка г. Макеевки, и Краматорского дома ребенка. В центры направляются дети, которые проживают в семьях и нуждаются в проведении медико-социальной реабилитации. Дети принимаются в центры в возрасте до 4 лет, на основании заявления родителей, срок проведения медико-социальной реабилитации составляет 45 дней, в случае необходимости по решению лечебно-консультативной комиссии дома ребенка срок пребывания в отделении может быть продолжен до 90 дней. В течение года каждому ребенку может бить проведено не более двух курсов медико-социальной реабилитации.

Под реабилитацией понимают активные мероприятия, целью которых является полное восстановление функции, нарушенной вследствие заболевания или травмы, либо оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида с активной интеграцией его в общество [1,2].

Целью реабилитации в детской практике является возвращение больному ребенку здоровья, а также восстановление его физических и психических функций до оптимального уровня.

В Донецком областном специализированном доме ребенка с момента открытия реабилитационного центра прошли курс реабилитации 62 ребенка. Наиболее часто поступали дети с диагнозами задержка темпов психоречевого развития, ДЦП.

В реабилитационном процессе принимают участие педиатр, невролог, психиатр, физиотерапевт, психолог, педагог, логопед-дефектолог, музыкальный работник, инструктор ЛФК. По показаниям приглашаются другие специалисты.

Комплекс предусматривает одновременное воздействие на все звенья патогенеза развития хронического психоэмоционального стресса, лежащего в основе развития выраженной задержки психического развития, и направлен на нормализацию показателей эмоционального статуса путем расширения социальных контактов, на стимуляцию положительных эмоций, познавательной деятельности и снижение тревоги. С этой целью проводятся аромотерапия, арт-терапия, используется методика Монтессори.

На повышение адаптивных возможностей организма направлена витаминотерапия, фитотерапия, физиотерапия (широко применяются электрофорез по Новожилову с новокаином при парезе, дарсонвализация воротниковой зоны при задержке речи, амплипульстерапия при спастических парезах), общий и сегментарный массаж. Для повышения функциональной активности щитовидной железы рекомендуется ежедневный прием препаратов йода в возрастной дозировке. Профилактика и лечение фоновой патологии (рахит, анемия, гипотрофия), острых и хронических заболеваний органов дыхания проводятся в соответствии с имеющимися рекомендациями и приказами.

У подавляющего числа детей с выраженной задержкой нервно-психического развития определяется задержка речи, как активной, так и понимаемой, поэтому большое внимание должно уделяться коррекции речевых нарушений. Для этого проводится дифференцированный логопедический массаж, артикуляционная гимнастика, логоритмика, пальчиковая гимнастика.

Учитывая высокую частоту нарушений моторного развития, используются кондуктивная терапия, лечебная физкультура, кинезотерапия.

Сейчас производители медицинского оборудования предлагают множество средств, которые помогают больным. Среди них наиболее востребованы вертикализаторы и подъёмники.

Возможность находиться в вертикальном положении больным ДЦП и людям, перенёсшим спинномозговую травму, дарят вертикализаторы. Их конструктивные возможности позволяют ускорить реабилитацию пациентов, и избежать негативных последствий, вызванных продолжительным нахождением в положении лёжа с помощью уникальной российской разработки, которую медики называют "Костюм космонавта". Своим появлением тренажер для больных детей обязан космической медицине. Изначально костюм придумали для космонавтов, у которых в условиях невесомости атрофируются мышцы. Действует по принципу эспандера. Еще одно уникальное свойство тренажера - его можно настроить под любого ребенка. Врач определяет проблемные

мышцы, которые нуждаются в тренировке. Костюмы помогают фиксировать спину, руки и ноги и заново учат малышей двигаться, ходить. Эти костюмы, кстати, уникальное российское изобретение, аналогов которым в мире нет.

Для более эффективного выполнения физический упражнений также используется «Тренажер Гросса», который позволяет при недостаточной функции мышц создавать облегченные условия для их работы, дозируя оптимальную нагрузку на опорно-двигательный аппарат, обеспечивая тем самым нормальную подвижность в суставах. Тренажер создает условия даже тем детям, которые не владеют двигательными функциями, выполнять различного рода упражнения в естественном вертикальном положении и совершать перемещения во всех плоскостях пространства (вперед, назад, в сторону, вверх вниз), и возможность вращаться вокруг своей оси, не сковывая движения рук, ног, а также страхует от падения [3].

Специально для детей с ДЦП активно используют тренажер "MOTOmed Gracile 12". Тренажер позволяет уменьшить спастику, ощутить безболезненные ноги, улучшить ходьбу, уменьшить потребность в посторонней помощи, улучшить самочувствие, стать подвижнее [4].

Использование такого рода тренажеров позволяет количественно и точно дозировать физическую нагрузку в процессе занятия, а также подбирать индивидуальный режим двигательной активности с последующим анализом тренировки на основе полученных результатов. Занятия на тренажере проводятся по принципу выполнения циклических стереотипных локомоторных актов рук или ног, что способствует моделированию выработанной в эволюции пространственно-временной организации (паттерн) нейромышечной активности (Hummelsheim & Freivogel,2003).

Таким образом, открытие медико-реабилитационных центров в которых разработан индивидуальный характер лечебно-реабилитационных мероприятий дает новые возможности детям-инвалидам для социальной адаптации.

Литература:

1. Скоромец А.П. Задержки психического развития и принципы их коррекции / А.П. Скоромец, И.А. Крюкова, И.Л. Семичова [и др.] // Лечащий врач. – 2011. - № 5. – С. 28-32.

2. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М.: Медицина, 1985. – 148 с.

3. Гросс Н.А. Оптимизация процесса реабилитации детей-инвалидов средствами физической культуры / Гросс Н.А., Гончарова Г.А., Горбунова Е.А. // Образование и инвалидность: нормативно-правовые аспекты: материалы конф. М., 2005. – С.65-68.

4. Иванова Г.Е. Применение аппарата МОТОмед фирмы RECK Medizintechnik (Германия) / Г.Е.Иванова, Е.А. Ковряжкина // Медицинский алфавит. Больница все для ЛПУ. 2009. - № 1. – С. 4-9.

Резюме. В статті представлені підходи, умови, можливості та методи реабілітації, які використовуються у лікуванні та відновленні дітей-інвалідів.

Ключові слова: реабілітація, діти-інваліди, медико-реабілітаційні центри.

THE NEW POSSSBILITES FOR TREATMENT AND RENEWAL
OF CHILDREN OF INVALIDS

Balychevtseva I.V., Bezuglova I.A., Storogenko L.P., Denicenko T.Y.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. In the article materials are expounded approaches, terms, possibilities and methods, are presented the rehabilitations used in treatment and renewal of children-invalids.

Key words: rehabilitation, medical rehabilitations centers, children.

УДК 616.348-002.44-053.2

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ У ДІТЕЙ

Бельська О.А.
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Резюме. Статья посвящена современным вопросам этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, и лечения язвенного колита у детей, основанные на литературных и собственных данных.

Ключевые слова: язвенный колит, дети, клиника, диагностика, лечение.

Виразковий коліт (ВК) представляє значну медико-соціальну проблему сучасної педіатрії та дитячої гастроентерології. Тяжкість перебігу, переважне ураження осіб молодого віку, наявність небезпечних для життя ускладнень, стійка тенденція до зростання захворюваності у всьому світі обумовлює особливу актуальність проблеми [9,11,27].

ВК (шифр згідно МКБ-10: К51) - хронічне захворювання нез'ясованого походження, в основі якого лежить запально-деструктивне ураження слизової оболонки (СО) товстої кишки аутоімунного походження з розвитком геморагій, ерозій і виразок, формуванням позакишкових проявів хвороби, а також місцевих і системних ускладнень [2,3,6,28]. Захворювання клінічно характеризується рецидивуючим перебігом з періодами діареї з кров'ю та патоморфологічно — дифузним запальним процесом в стінці товстої кишки. Запалення, яке обмежується СО, поширюється проксимально від прямої кишки. Взагалі запальні захворювання кишечнику (ЗЗК), до яких відносять ВК, хворобу Крона (ХК) та недиференційований коліт, важкі для діагностики, що істотно ускладнює призначення адекватної терапії і погіршує прогноз захворювань в цілому [9,10,25].

Захворюваність на ВК становить від 30 до 240 випадків на 100 тис. населення, досягаючи найбільших значень в країнах Північної Європи і Північної Америки. Частота ВК у дітей за різними даними складає від 8 до 20% захворюваності дорослих.

У Європі за даними Ferguson, захворюваність на ВК у дітей в середньому складає 1,5-2 випадки на 100 тис. населення. Єдиних даних по Україні немає. Тільки в останні роки в звітних документах з'явилась графа ВК. Хвороба може виникнути в будь-якому віці, найчастіше – у віці 10-19 років. [5,22].

Захворювання вважається багатофакторним. - розглядається комплексна взаємодія генетичних, імунних причин і підвищеної сприйнятливості до дії чинників зовнішнього середовища. Вважається, що ВК відноситься до захворювань із складним неменделеєвським типом спадкоємства. Спадкова схильність зустрічається в 3-7% випадків [8,14].

За даними багатоцентрових досліджень, участь інфекційних чинників в розвитку ВК інфекційного походження не отримала широкого визнання [4,13,28]. Проте роль кишкової мікрофлори не заперечується: вона розглядається як одна із стимул-реакцій, що призводить до неадекватної імунної відповіді [4,16].

Хоча причина ВК невідома, головна роль в його розвитку і прогресі відводиться аутоімунним механізмам. На аутоімунний характер захворювання вказує зв'язок з певними антигенами головного комплексу гістосумісності (HLA). На користь аутоімунного характеру

захворювання свідчать також лімфоплазматична інфільтрація слизової оболонки, системність поразки, ефект від лікування кортикостероїдами і імуносупресорами, а також наявність протитканинних аутоантитіл. Маркером ВК служать pANCA (перинуклеарні антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла), які виявляються при ВК у більш ніж 70% хворих [1,8,10, 18,20,24].

ВК характеризується первинним ушкодженням товстої кишки, при цьому коліт зазвичай дебютує в прямій кишці і поширюється в проксимальному напрямі. При легкому запаленні СО набрякла, зерниста, гіперемована [8]. При посиленні тяжкості СО інтенсивно кровоточить, з'являються виразки від точкових до виразок неправильної форми з нависли краями. В результаті надлишкової регенерації можуть формуватися псевдополіпи (при тривалому перебігу захворювання). СО має атрофічний вигляд з деформованим судинним малюнком. Макроскопічно дифузне запалення СО кишки при ВК визначається поєднанням набряку, гіперемії і ерозій [2,27].

Мікроскопічно при ВК запальний процес ушкоджує слизову оболонку товстої кишки і не поширюється на підслизовий шар. Це прояв неспецифічного запалення ексудативного типу, що не супроводжується утворенням гранулем і що має схильність до фіброзу [13,17].

Клінічно виділяють кишкові, позакишкові прояви ВК і загальні ознаки запалення [9,14,15,19,21,27]. До кишкових проявів відносять діарею (частіше) або закреп, порушення консистенції випорожнень, патологічні домішки в них в вигляді слизу, гною, крові, біль в животі і зниження маси тіла. Кровотеча - основний симптом ВК. Проте, при легкій формі ВК (або у стадії ремісії) домішка крові в випорожненнях може бути мінімальною або відсутньою [3,5,6,7,8,9,15,16,28]. Другий за частотою симптом – рідкі випорожнення, частота яких може бути до 20 і більше разів на добу. Зазвичай відмічаються нападоподібні болі (частіше зліва в підвздошній ділянці) перед актом дефекації [5,9].

При важкому перебігу ВК розвиваються системні прояви захворювання - анорексія, зниження маси тіла, нудота, блювота, безбілкові набряки, лихоманка, анемія. Для дитячого віку важливий такий показник, як затримка темпів фізичного розвитку, яка реєструється в 10% хворих ВК. Нерідка при активному ВК відмічається ураження СО порожнини рота (афтозний стоматит, глосит, гінгівіт, виразковий стоматит) і шкіри (вузловата еритема). Зустрічаються тромбогеморагічні прояви. Описані ураження шкіри у вигляді гангренозної піодермії, яка погано піддається терапії. При поразці крупних суглобів частіше констатується їх несиметрична локалізація; інтенсивність болю і ступінь обмеження рухів, як правило, незначні. У деяких хворих можливий розвиток скороминущого спондилоартриту і сакроілеїту. Поразка очей характеризується розвитком увеїту, іриту, іридоцикліту, епісклериту, кератиту. Зміни з боку печінки варіюють від жирової дистрофії до прогресуючого гепатиту з розвитком цирозу. Характерною поразкою позапечінкових жовчних ходів є розвиток склерозуючого холангіту [3,6,10,25].

Загальні ознаки запалення включають підвищення температури, слабкість, млявість, зниження гемоглобіну в результаті крововтрати, зменшення гематокриту, лейкоцитоз, тромбоцитоз, прискорення ШОЕ, підвищення С-реактивного білку, гіпоальбумінемію як наслідок гіперкатаболізму, голодування, ексудації плазмових білків, наявність лейкоцитів і еритроцитів в копрограмі [9,21,23].

До загрозливих життю ускладнень ВК відносять масивну кровотечу, токсичну дилатацію і перфорацію товстої кишки. Термін встановлення діагнозу при ВК вагався від 1 місяця до декількох років. За даними клініки Мейо після 10 років перебігу ВК ризик аденокарциноми щорік збільшується на 0,5-1% [15,19].

Відповідно до наказу МОЗ України № 59 від 29.01.2013 та за класифікацією Лук'янової О.М. та Денисової М.Ф.(2004 р.) виділяють наступні клінічні форми - легка, середньоважка, важка. Перебіг хвороби - гострий та хронічний, який в свою чергу може бути рецидивуючим чи неперервно-рецидивуючим. Стадія хвороби – активна, період розгорнутих клінічних проявів, період зворотного розвитку хвороби, клінічна ремісія, повна клініко-лабораторна ремісія. Рівень розповсюдженості патологічного процесу: дистальний коліт, сегментарний коліт,

тотальний коліт. Ступінь активності запального процесу (визначається даними клінічних, ендоскопічних та гістологічних ознак) -1-ий, 2-ий, 3-ий ступінь. Ускладнення хвороби - кишкові (кишкова кровотеча, стриктура товстої кишки; аноректальні ускладнення - анальні тріщини, нетримання калу, токсична дилатація кишки, перфорація кишки, кровотеча, стеноз кишки, псевдополіпоз, рак товстої кишки) та системні (ураження печінки (гепатит, первинний склерозуючий холангіт), ураження очей (увеїт, ірідоцикліт та ін.), афтозний стоматит, вузловата еритема, гангренозна піодермія, артрити, сакроілеїти) [6].

Клініко-лабораторно-ендоскопічні модифіковані критерії оцінки ступеню активності ВК оцінюються за S. Truelove і L. Witts (1955р.), які використовуються в Україні, Росії, Білорусії у дорослих, наведені в таблиці 1.

Таблиця1

Критерії тяжкості виразкового коліту за S. Truelove і L. Witts

Ознаки хвороби	Клінічна форма ВК		
	Легка	Середньотяжка	Тяжка
Частота випорожнень на добу	Менше 4 раз	4 – 6 разів	Більше 6 – 10 разів
Домішка крові в випорожненнях	присутня або відсутня	присутня	присутня
Лихоманка	відсутня	субфебрильна	фебрильна
Метаболічні порушення: • зниження маси тіла • гіпопротеїнемія • електролітні зрушення • анемія	 відсутнє відсутня відсутні відсутня	 присутнє присутня відсутні Нв 90-100 г/л	 присутнє присутня присутні Нв менше 90 г/л
Кількість лейкоцитів	норма	помірне зростання	нефтрофільний лейкоцитоз
ШОЕ	менше 30 мм/год	більше 30 мм/год	більше 50 мм/год
Системність поразки	відсутня	може бути	практично завжди
Ендоскопічно	незначна контактна кровоточивість СО, виразки відсутні	контактна кровоточивість і спонтанна кровотеча з виразками СО або без таких	виражена спонтанна кровотеча і обширне ураження виразками СО товстого кишечнику
Ендоскопічно у фазі ремісії захворювання СО блискуча, прослідкується судинний малюнок, може бути порушений зовнішній вигляд.			

Існує класифікація з використанням індексів клінічної і ендоскопічної активності ВК, запропонована Rachmilewitz у 1989 р, якою дуже широко користуються в клініках Німеччини та Франції, так само у дорослих пацієнтів [13].

В даний час у Сполучених Штатах Америки часто використовується оцінка ступеню тяжкості ВК за Schroeder або клініці Мейо, де визначається сума балів для кожної зі ступенів активності ВК з врахуванням частоти випорожнень, ректальної кровотечі, ендоскопічної картини і клінічної характеристики [23].

Спроби використання різних індексів активності ВК зайвий раз демонструють відсутність єдиного підходу до діагностики і оцінки ефективності лікування, що проводиться зараз в світі. Нажаль, сьогодні в дитячій гастроентерологічній практиці не тільки в Україні а й у всьому світі не існує єдиних критеріїв, які б об’єднували клінічні, ендоскопічні й морфологічні данні, характерні для ВК у дітей.

Сучасна діагностика ВК базується на сукупності клінічних, біохімічних,

рентгенологічних, ендоскопічних і гістологічних даних.

Ендоскопічний метод – колоноскопія з біопсією СО - є «золотим стандартом» діагностики цього захворювання. Він допомагає верифікувати діагноз, оцінити міру активності запалення і його розташування в кишці, здійснити контроль ефективності лікування. Ендоскопічне дослідження слід проводити всім хворим. Морфологічне дослідження біоптата при ВК дає чітку характеристику стану СО товстої кишки і допомагає вирішити питання про характер і глибину поразки тканин, стадію захворювання, а також контролювати ефективність лікування, що проводиться [2,7,12,14,22].

Новою формою ендоскопічного дослідження шлунково-кишкового тракту є капсульна ендоскопія. Переваги даного методу очевидні: це амбулаторна і абсолютно безболісна процедура без побічних ефектів, капсула передає відеозображення, знаходячись в кишечнику, зберігається повна мобільність пацієнта в процесі дослідження [8,14]. Але нажаль ця методика у дітей поки застосовується лише в провідних науково-дослідницьких закладах Росії, а в Україні тільки у дорослих. Треба підкреслити, що цей метод дослідження досить дорогий, тому не отримав широкого використання.

Рентгенологічне дослідження грає істотну роль в діагностові ВК. Зазвичай проводиться ірігоскопія, що виявляє втрату гаустрації, скорочення і звуження товстої кишки. На думку практично всіх авторів, для адекватної діагностики необхідно використовувати поєднання різних методик, з яких найбільш придатними вважаються рентгеноскопічні й ендоскопічні [13,16].

Комп’ютерна томографія дає можливість точніше оцінити товщину стінки кишки, визначити наявність абсцесів, свищів і так далі, проте зв'язано з чималим променевим навантаженням на дитину [3,27].

Лікування ВК є складною проблемою і включає проведення дієтотерапії; протизапальної; імуносупресивної; імуномодулюючої терапії; корекції дисбіозу кишечнику (пробіотики), фітотерапії; вітамінотерапії; дотримання лікувально-охоронного режиму [1,5,26].

Згідно з міжнародними стандартами, до протизапальних засобів першого ряду при лікуванні запальних захворювань товстої кишки відносять препарати 5-АСК. Сульфасалазин представлений азоз’єднанням сульфапіридину і 5-аміносаліцилової кислоти (5-АСК). Основний механізм дії 5-АСК полягає в пригніченні циклооксигеназного і ліпоксигеназного шляху метаболізму арахідонової кислоти і синтезу активних медіаторів запалення — простагландинів і лейкотрієнів. Наявність нових форм препаратів 5-АСК дозволяє диференційовано підійти до вибору препарату залежно від локалізації запального процесу. У фазі загострення захворювання максимальна доза (до 60 - 80 мг/кг) призначається на 1 - 2 місяці з поступовим її зниженням в період ремісії. Створення різних форм цих препаратів (свічки, мікроклізми, емульсії) дозволяє варіювати способи лікування. Для частини пацієнтів з важким перебігом захворювання в період ремісії необхідний постійний прийом препарату в дозі 1,0 г/доб. Обґрунтуванням для постійного прийому є морфологічні ознаки запалення, що зберігаються в кишці в період клінічної ремісії, а також високий ризик розвитку онкологічних процесів в товстій кишці [6,9,11,18].

У лікуванні ВК застосовується імуносупресивна терапія. Вона може бути селективною і неселективною. Глюкортикостероїди (ГКС) є неселективними імуносупресантами. ГКС в лікуванні ВК використовують з 50-х років XX століття. Ці препарати блокують фосфоліпазу A_2, а також вивільнення арахідонової кислоти з клітинних мембран, перешкоджаючи, таким чином, продукції її метаболітів. Преднізолон призначається в дозі 0,8 - 1 мг/кг, максимум 2 мг/кг маси на добу, тривалість прийому залежить від тяжкості перебігу процесу. Застосовувати ГКС для підтримуючої терапії у дітей не рекомендується. При ВК ефективний кортикостероїд місцевої дії будесонід. Він призначається в дозі 9 мг/доб. Не показаний при виражених позакишкових проявах. При лівобічному коліті рекомендуються ректальні форми будесоніду: клізми і пінка [10,11,25].

До групи цитостатиків відносять азатіоприн і 6-меркаптопурин. Основою дії

цитостатика азатіоприна є супресія різних субкласів Т-лімфоцитів, Т-хелперів першого і другого типа (Th1 і Th2). Препарат блокує не лише синтез інтерлейкіна-2 (ІЛ-2) і ФНП-α, але і ІЛ-4 і ІЛ-10. Неселективність імуносупресивного впливу, лікувальна дія, що повільно настає, і велика кількість побічних ефектів є істотними недоліками препарату, що значно обмежує можливості його використання [5,6,8,11,16].

Метотрексат також використовується в лікуванні резистентних форм ВК. Його ефективність складає 40 - 70% [5].

Циклоспорин А при ВК застосовується порівняно недавно. Перевага цього препарату перед іншими імуносупресантами — селективність дії: вибіркове пригнічення Th1 і синтезу цими клітинами ІЛ-2 і інтерферона-γ із зменшенням, таким чином, цитотоксичності Т-лімфоцитів [5,8,25].

В даний час розробляються нові методи лікування ВК. Нажаль в наказі МОЗ України № 59 від 29.01.2013 в розділі, присвяченому ВК, немає рекомендацій по використанню антицитокінової терапії, незважаючи на те, що багато українських та закордонних вчених останніми роками доповідають про численні успіхи в лікуванні не тільки у дорослих, але й у дітей. Зараз в Україні існують державні програми лікування малих пацієнтів з ювенільним ревматоїдним артритом за допомогою біологічної терапії. Сьогодні з'явилась можливість використовувати інфліксімаб і у дітей з ВК, оскільки це не менш інвалідизуюче захворювання. Препарат інфліксімаб представлений антитілами до ФНП-α - цитокіну, що бере участь в запальному процесі в кишці. За даними Захарової І.М. та співавторів призначення препарату в дозі 5, 10 - 12 мг/кг маси у вигляді однократної інфузії сприяло поліпшенню ендоскопічної і клінічної картини у всіх пацієнтів через 4 тижні від початку прийому [1,5,9,10,18,25,27].

В періодичних медичних виданнях останнім часом з'явились повідомлення про використання у хворих з ВК в якості біологічної терапії не тільки інфліксімабу, але і введення таким пацієнтам культур мезенхімальних стромальних клітин. Дослідники, які займаються вивченням біологічних препаратів, отримують позитивні результати. Здається, що це медицина майбутнього і через деякий час і в Україні з'явиться можливість використання и детального вивчення нового шляху терапії - культур мезенхімальних стромальних клітин [30].

Додаткова терапія включає використання антибіотиків (метронідазола, ципрофлоксацина), ентеросорбцию, корекцію обмінних, коагуляційних і дисбіотичних порушень, екстракорпоральну детоксикацію (гіпербаричну оксигенацію, плазмаферез, гемосорбцію). При неефективності терапії, виникненні ускладнень, загрозливих життю дитини, проводиться хірургічне лікування. Спостереження хворих має бути постійним [1,5,6,16,26,27].

У комплексну терапію коліту у дітей включаються препарати-пробіотики. Володіючи високою спорідненістю до рецепторів колоноцитів, представники нормальної кишкової мікрофлори зменшують можливість дії на кишкову стінку патогенних і умовно-патогенних мікроорганізмів. Одночасно з цим нормальна аутофлора, викликаючи стимулююче антигенне роздратування слизових оболонок кишечнику, потенціює дозрівання механізмів загального і локального імунітету [1,3,11,26].

В останні роки в європейських медичних виданнях з'явилися данні про пробіотик, основою якого є непатогенний штам Escherichia coli Nissle 1917, який застосовується в Європі більше 90 років. Цей пробіотик з доказовою базою, який пропонують як альтернативу месалазину для підтримки ремісії ВК у дорослих та перспективний засіб для лікування цього захворювання. J.Henker із співавторами (2013 р.) надрукували дані відкритого пілотного дослідження, в якому використовували Escherichia coli Nissle 1917 для підтримки ремісії ВК у дітей протягом року і одержали позитивні результати, що дає надію на більш щадне лікування [14]. Досвіт використання цього препарату в українських дитячих клініках, доповіді провідних фахівців на дитячих гастроентерологічних форумах теж демонструють гарні результати, практичну відсутність побічних ефектів. Спадає на думку, що внесення

конкретно цього пробіотика в протоколи лікування ВК у дітей може покращити результати лікування в цілому.

Таким чином, проблема діагностики виразкового коліту, зокрема застосування капсульної ендоскопії, індексів клінічної та ендоскопічної активності хвороби залишається актуальною в педіатрії. Потребує широкого обговорення та внесення в уніфіковані клінічні протоколи діагностики та лікування гастроентерологічних захворювань у дітей сучасних підходів до діагностики, методів лікування із застосуванням антицитокінової терапії та диспансеризації хворих.

Література:

1. Антицитокиновая терапия у детей с воспалительными заболеваниями кишечника/Потапов А.С., Цимбалова Е.Г., Пахомовская Н.Л.//Педиатрическая фармакология. 2009. Т. 6. № 1. С. 23-29

2. Клинический аспект морфологических критериев для прогнозирования течения язвенного колита у детей и индивидуализации лечения/Федулова Э.Н., Потехин П.П., Кузнецова Т.А., Федорова О.В., Тутина О.А., Шумилова О.В.//Колопроктология. 2012. № 2. С. 21-29.

3. Клиническая картина, диагностика и лечение язвенного колита у детей: российский педиатрический консенсус./Потапов А.С., Алиева Э.И., Габрузска.

4. Клиническое значение пристеночной микрофлоры у детей с неспецифическим язвенным колитом/Шумилов П.В., Ипатова М.Г., Кафарская Л.И., Шкопоров А.Н., Потапов А.С.//Педиатрическая фармакология. 2010. Т. 7. № 5. С. 71-74.

5. Лечение хронических воспалительных заболеваний кишечника у детей/Захарова И.Н., Коровина Н.А., Катаева Л.А., Бережная И.В.//Медицинский совет. 2007. № 1. С. 62-69

6. Наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення». м.Київ-2013.- С143-158.

7. Неспецифический язвенный колит у детей: прогнозирование течения/Федулова Э.Н., Потехин П.П., Тутина О.А., Федорова О.В., Копейкин В.Н.//Медицинский альманах. 2009. № 1. С. 81-84.

8. Неспецифический язвенный колит у детей/Сичинава И.В., Горелов А.В.//Доктор.Ру. 2009. № 1. С. 82-88.

9. Новые возможности в лечении хронических неспецифических заболеваний кишечника у детей./Денисова М.Ф., Чернега Н.В., Беба Ю.В.//Современная педиатрия. 2012. № 4 (44). С. 153-155..

10. Патогенетические основы биологической терапии воспалительных болезней кишечника у детей/Баранов А.А., Потапов А.С., Цимбалова Е.Г.//Российский педиатрический журнал. 2011. № 4. С. 18-23

11. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний/ Под ред. А.А. Баранова, Н.Н. Володина, Г.А. Самсыгиной, 2007. С. 172-201.

12. Роль морфологического исследования в диагностике неспецифического язвенного колита у детей/Потехин П.П., Обрядов В.П., Лукоянова Г.М., Рожденкин Е.А., Федулова Э.Н., Богомолов А.Р., Кузнецова Т.А., Медянцева Г.В.//Современные технологии в медицине. 2010. № 2. С. 45-49.

13. Рентгеносемиотика воспалительных заболеваний кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь крона) у детей. Литературный обзор/Шаплов Д.С.//Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. 2010. Т. 1. № 10. с. 11

14. Пробиотик Escherichia coli штамм Nissle 1917 (EcN) для успешного поддержания ремиссии язвенного колита у детей и подростков: открытое пилотное исследование./J.Henker, S.Muller, M.W.Laass, A.Scheiner, J.Schulze.//Современная педиатрия.2013. № 4(52). С.32-33

15. Current view of the immunopathogenesis in inflammatory bowel disease and its

implications for therapy./Torres MI, Rios A. //World J Gastroenterol 2008; 14: 1972-1980.

16. Diagnostic workup of paediatric patients with inflammatory bowel disease in Europe: results of a 5-year audit of the EUROKIDS registry/de Bie CI, Buderus S, Sandhu BK, de Ridder L, Paerregaard A, Veres G, Dias JA, Escher JC.// J Pediatr Gastroenterol Nutr 2012; 54: 374-380.

17. Direct healthcare costs of Crohn's disease and ulcerative colitis in US children and adults/Kappelman MD, Rifas-Shiman SL, Porter CQ, Ollendorf DA, Sandler RS, Galanko JA, Finkelstein JA.// Gastroenterology 2008; 135: 1907-1913 [PMID: 18854185].

18. Inflammatory bowel disease: is it a primary immunodeficiency?/Glocker E, Grimbacher B.//Cell Mol Life Sci 2012; 69: 41-48.

19. Inflammatory Bowel Disease Collaborative Research Group. Outcome following infliximab therapy in children with ulcerative colitis./Hyams JS, Lerer T, Griffiths A, Pfefferkorn M, Stephens M, Evans J, Otley A, Carvalho R, Mack D, Bousvaros A, Rosh J,Grossman A, Tomer G, Kay M, Crandall W, Oliva-Hemker M, Keljo D, LeLeiko N, Markowitz J//Pediatric Am J Gastroenterol 2010; 105: 1430-1437.

20. Increasing incidence and prevalence of the inflammatory bowel diseases with time, based on systematic review./Molodecky NA, Soon IS, Rabi DM, Ghali WA, Ferris M, Chernoff G, Benchimol EI, Panaccione R, Ghosh S, Barkema HW, Kaplan GG. //Gastroenterology 2012; 142: 46-54.

21. Increased expression of Toll-like receptor (TLR) 2 and TLR4 in the colonic mucosa of children with inflammatory bowel disease./Szebeni B, Veres G, Dezsõfi A, Rusai K, Vannay A, Mraz M, Majorova E, Arató A. //Clin Exp Immunol 2008; 151: 34-41.

22. High-sensitivity C-reactive protein in paediatric inflammatory bowel disease./Sidoroff M, Karikoski R, Raivio T, Savilahti E, Kolho KL.// World J Gastroenterol 2010; 16: 2901-2906.

23. Healthrelated quality of life in paediatric patients with inflammatory bowel disease/Haapamaki J, Roine RP, Sintonen H, Kolho K-L.//J Paediatr Child Health 2011; 47: 832-837.

24. Mathematical weighting of a clinimetric index (PediatricUlcerative Colitis Activity Index) was superior to the judg-mental approach./Turner D, Griffiths AM, Steinhart AH, Otley AR, Beaton DE. J Clin Epidemiol 2009; 62: 738-744.

25. The role of T-regulatory cells and Toll-like receptors in the pathogenesis of human inflammatory bowel disease/Himmel ME, Hardenberg G, Piccirillo CA, Steiner TS, Levings MK.// Immunology 2008; 125: 145-153.

26. Severe pediatric ulcerative colitis: a prospective multi-center study of outcome and predictors of response./Turner D, Mack D, Leleiko N, Walter TD, Uusoue K, Lech ST, Day AS, Crandall W, Silverberg MS, Markowitz J, Otley AR, Keljo D, Mamula P, Kugathasan S, Hyams J, Griffiths AM. //Gastroenterology 2010; 138: 2282-2291.

27. Saccharomyces boulardii plus rifaximin in mesalamine-intolerant ulcerative colitis/Guslandi M.// J Clin Gastroenterol 2010; 44: 385.

28. Ulcerative colitis/ Danese S, Fiocchi C. //N Engl J Med 2011; 365: 1713-1725.

29. Ulcerative colitis: diagnosis and treatment/Langan RC, Gotsch PB, Krafczyk MA, Skilinge DD// Am Fam Physician 2007; 76: 1323-1330.

30. Динамика провоспалительных цитокинов на фоне биологической терапии воспалительных заболеваний кишечника./Сагынбаева В.Э., Лазебник Л.Б., Князев О.В., Ефремов Л.И.//Терапевтическая гастроэнтерология 2013.-№3. С.47-57.

Резюме. Стаття присвячена сучасним питань етіології, патогенезу, клініки, діагностики, і лікування виразкового коліту у дітей, засновані на літературних і власних даних.

Ключові слова: виразковий коліт, діти, клініка, діагностика, лікування.

MODERN GOING FOR DIAGNOSTICS AND TREATMENT
OF ULCEROUS COLITIS IN CHILDREN.
Belskaya E.A.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky.

Summary. The article is devoted the modern questions of etiology, pathogenesis, clinic, diagnostics, and treatments of ulcerous colitis in children, based on literary and own information.

Key words: ulcerous colitis, children, clinic, diagnostics, treatment.

УДК 616.611-002-036.12+616.634.15:616-022.6:576.858.53]-085

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭПШТЕЙН-БАРР ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

[1]Борисова Т.П., [2]Толченникова Е.Н.

[1]Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

[2]Областная детская клиническая больница, г. Донецк

Реферат. Изучено влияние хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции на клинико-лабораторные и иммунологические показатели гематурической формы хронического гломерулонефрита у детей, а также эффективность противовирусной и иммунотропной терапии. Обследовано 110 детей с гематурической формой хронического гломерулонефрита в возрасте 3-17 лет. Хроническая Эпштейн-Барр вирусная инфекция выявлена у 54 (49,1 %) детей. Характерными клиническими особенностями у этих больных было наличие частой респираторной заболеваемости, астенического синдрома, субфебрилитета, системной лимфаденопатии, гепатоспленомегалии, лимфоцитоза, моноцитоза, большая частота макрогематурии, выраженной гематурии и тубулярных расстройств. Больные получали препарат рекомбинантного α-2β интерферона (Виферон®) и препарат, содержащий флавоноиды (Протефлазид®), при наличии признаков активности хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции дополнительно включали ацикловир. Оценивали клинические проявления, данные нефрологического, вирусологического, иммунологического обследования до лечения и через 3 месяца после завершения лечения. На фоне лечения признаки активности хронической Эпштейн-Барр вирусной инфекции ликвидировались у половины больных. Отмечено уменьшение частоты респираторной заболеваемости, субфебрилитета, астенического синдрома, системной лимфаденопатии, гепатомегалии, кишечного синдрома, лимфоцитоза, ликвидация спленомегалии. Положительная динамика симптомов гематурической формы хронического гломерулонефрита проявлялась уменьшением рецидивов макрогематурии, выраженности гематурии и тубулярных расстройств. Наблюдалось улучшение показателей цитокинового статуса – повышение уровня интерферона-α, интерферона-γ, снижение концентрации интерлейкина-1β и интерлейкина-6.

Ключевые слова: хронический гломерулонефрит, гематурическая форма, дети, Эпштейн-Барр вирусная инфекция, лечение.

Изучение влияния хронических вирусных инфекций на течение заболеваний органов мочевой системы, в том числе гломерулонефрита (ГН), привело к лучшему пониманию механизмов развития патологического процесса в почках. Роль вирусов в патогенезе ГН определяется как их непосредственным повреждением эпителия проксимальных канальцев, интерстициальной ткани и гломерул, что подтверждается исследованиями, обнаружившими геном вируса в этих структурах почек, так и образованием иммунных комплексов и отложением их в клубочках [12, 13]. Имеются исследования, посвященные выявлению у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН) вируса простого герпеса, цитомегаловируса [1]. Описана роль Эпштейн-Барр вируса (ЭБВ) в развитии мезангиопролиферативного ГН, тубулоинтерстициального нефрита, нефротического синдрома [10, 12, 13]. Показано, что терапия сопутствующей

хронической герпетической инфекции у детей с нефротическим синдромом, хроническим тубулоинтерстициальным нефритом оказала положительный эффект на течение заболевания почек [3, 4, 6]. Однако отсутствуют исследования, касающиеся влияния ЭБВ на течение гематурической формы хронического гломерулонефрита (ГФХГН), которая отличается стойкостью клинических проявлений, несмотря на проводимую терапию. В настоящее время общепринятых схем лечения ЭБВИ не разработано. Для ее лечения используются ациклические нуклеозиды, препараты рекомбинантного интерферона (ИФН), индукторы ИФН, иммуноглобулин против ЭБВ, вироцидные средства, флавоноиды [5, 7, 9, 11].

Целью исследования явилось оценка эффективности противовирусной и иммунотропной терапии хронической ЭБВИ на клинико-лабораторные и иммунологические показатели ГФХГН у детей.

Материалы и методы

Обследовано 110 детей с ГФХГН (48 девочек и 62 мальчика). Диагноз формулировали в соответствии с общепринятой классификацией первичного ГН у детей [2]. Возраст обследованных детей составил 3-17 (11,8±0,55) лет. Длительность болезни – 53,45±5,08 мес.

Для диагностики ЭБВИ определяли антитела класса IgM VCA, IgG EA, IgG VCA, IgG EBNA методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием диагностической иммуноферментной системы «Вектор-Бест» (Россия) на иммуноферментном анализаторе ChemWell-291 и вирусный антиген методом полимеразной цепной реакции в крови, слюне, моче с использованием детектирующего амплификатора ДТ-96 НПО «ДНК-Технология». Больным также проведено нефрологическое обследование с использованием общеклинических и биохимических методов. Общеклинические методы включали исследование общих анализов мочи и крови, суточной протеинурии, пробы по Зимницкому. Выраженность гематурии устанавливали по результатам пробы по Нечипоренко: при минимальной гематурии содержание эритроцитов не превышало 10×10^6 /л, при умеренной – от 10×10^6/л до 60×10^6/, при выраженной – более 60×10^6/л. Для оценки функционального состояния почек определяли концентрацию креатинина сыворотки крови, рассчитывали скорость клубочковой фильтрации (СКФ). Как маркер повреждения почечных канальцев изучался уровень β_2-микроглобулина в моче радиоиммунологическим методом с использованием иммуноферментной тест-системы «β2-микроглобулин ИФА–БЕСТ» (ЗАО «Вектор-Бест», Россия) на автоматическом анализаторе «StatFax 303 Plus».

Иммунологическое обследование включало определение уровней интерферонов (ИФН-α и ИФН-γ) и провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1ß и ИЛ-6) в сыворотке крови методом ИФА на фотометре-анализаторе «Stat Fax 303 Plus» ИФА тест-системой ЗАО «Вектор-Бест» (Россия).

Контрольную группу составили 29 условно здоровых детей.

Математическую обработку полученных результатов проводили программой «STATISTICA 6.5» [8]. Качественные признаки сравнивали при помощи критерия χ^2 Пирсона и φ* Фишера (угловое преобразование Фишера). Статистически достоверной считали разницу при $p<0,05$.

Результаты исследований и обсуждение

Хроническая ЭБВИ по данным исследования маркеров данной инфекции была выявлена у 54 (49,1 %) детей из 110 пациентов с ГФХГН. Для изучения влияния хронической ЭБВИ на клинические проявления больные были разделены на 2 группы: основная группа – 54 ребенка с сопутствующей хронической ЭБВИ и группа сравнения – 56 детей без ЭБВИ (табл. 1).

Частая респираторная заболеваемость отмечалась более чем у 2/3 детей. У преобладающего числа больных встречалась лимфаденопатия и практически в половине случаев она носила системный характер. Более чем у 1/3 пациентов наблюдалось увеличение печени, признаки аденоидита. Каждый пятый ребёнок имел астенический синдром, каждый седьмой – постоянный или преходящий субфебрилитет, а также увеличение селезенки. У 1/3 детей имела место кардиопатия. Частота тонзиллита, кишечного синдрома, артралгий не

отличалась в зависимости от наличия хронической ЭБВИ.

Таблица 1

Отклонения в объективном статусе у детей с ГФХГН в зависимости от наличия ЭБВИ, n (P±p %)

Признаки	ЭБВИ	
	выявлена (основная группа) n=54	не выявлена (группа сравнения) n=56
Частые ОРВИ	38 (70,4±6,2)	9 (16,1±4,9)[a]
Субфебрильная лихорадка	7 (13,0±4,6)	2 (3,6±2,6)[a]
Лимфаденопатия	47 (87,0±4,6)	28 (50,0±6,7)[a]
-регионарная	25 (46,3±6,6)	26 (46,4±6,6)
-системная	22 (40,7±6,5)	2 (3,6±2,6)[a]
Тонзиллит	29 (53,7±6,7)	23 (41,1±6,6)
Аденоидит	19 (35,2±6,4)	9 (16,1±4,9)[a]
Увеличение печени	20 (37,0±6,6)	10 (17,9±5,1)[a]
Увеличение селезенки	7 (13,0±4,6)	1 (1,8±1,8)[a]
Астенический синдром	11 (20,3±5,5)	4 (7,1±3,4)[a]
Кишечный синдром	6 (11,1±4,3)	10 (17,9±5,1)
Кардиопатия	20 (37,0±6,6)	12 (21,4±5,5)[a]
Артралгии	3 (5,6±3,1)	4 (7,1±3,4)

Примечание: [a] - достоверность различий, $p<0,05$

Клинические признаки ГФХГН на фоне хронической сопутствующей ЭБВИ оказались следующими. Более чем у половины детей наблюдалась выраженная эритроцитурия (63,0±6,6 %), которая встречалась чаще, чем у детей без хронической ЭБВИ (41,1±6,5 %, $p<0,05$). Рецидивы макрогематурии зафиксированы у 77 из 110 обследованных больных, причём у 50 (64,9 %) пациентов имела место ЭБВИ, а у 27 (35,1 %) проявления последней не выявлены ($p<0,01$). Протеинурия в общем анализе мочи регистрировалась практически с одинаковой частотой в обеих группах – у 32 (59,3±6,6 %) пациентов в группе детей с ЭБВИ и у 36 (64,3±6,4 %) без ЭБВИ. Практически у всех больных наблюдалась минимальная протеинурия, умеренный ее уровень отмечался в 9 случаях, из них – в 5 с ЭБВИ.

При оценке функционального состояния почек выявлено, что уровни креатинина крови (0,083±0,01 ммоль/л у детей с ЭБВИ и 0,09±0,02 ммоль/л без ЭБВИ), расчетной СКФ (89,25±4,7 мл/мин у детей с ЭБВИ и 92,34±5,3 мл/мин без ЭБВИ) не отличались в обследуемых группах детей ($p>0,05$). При этом гипостенурия у больных с ЭБВИ обнаружена в два раза чаще (29,6±5,8 %), чем у детей без ЭБВИ (14,2±4,7 %, $p<0,05$). Наличие тубулярных расстройств подтвердило большая частота повышенного уровня β_2-микроглобулина мочи (20,3±5,5 % против 7,1±3,4 %, $p<0,05$).

Особенности клинических проявлений ГФХГН и сопутствующей хронической ЭБВИ сопровождались изменением уровней ИФН и провоспалительных цитокинов в крови по сравнению с показателями контрольной группой. Установлено снижение как уровня ИФН-α (2,0±0,18 пг/мл против 12,58±5,72 пг/мл, $p<0,05$), так и ИФН-γ (4,85±2,98 пг/мл против 44,87±23,76 пг/мл, $p<0,05$). Выявлено значительное повышение содержания ИЛ-1β (72,15±1,85 пг/мл против 14,62±12,12 пг/мл, $p<0,05$) и ИЛ-6 (28,87±6,67 пг/мл против 3,59±1,69 пг/мл, $p<0,05$).

Выявленное снижение продукции ИФН-α и ИФН-γ у детей с ГФХГН и хронической ЭБВИ послужили основанием для назначения комбинированной противовирусной и иммунотропной терапии - препарат рекомбинантного ИФН α-2β (Виферон®) и препарат, содержащий флавоноиды *Deschampsia caespitosa L.* и *Calamagrostis epiquous L.* (Протефлазид®). Виферон® применяли в дозе 150-500 тыс. ЕД (в зависимости от возраста) два раза в день по схеме: ежедневно 10 дней, далее в течение одной недели три раза в неделю, затем 4-6 недель два раза в неделю. Протефлазид® использовали три месяца в

возрастных дозировках. При наличии активности хронической ЭБВИ больные получали ацикловир в возрастной дозировке семь дней с последующим переходом на поддерживающую дозу в течение 20 дней.

Эффективность проведенной терапии оценена через 6 месяцев наблюдения, т.е. через 3 месяца после завершения лечения (табл. 2). Группа больных, имеющих частые ОРВИ, сократилась в два раза. Отмечено существенное уменьшение частоты системной лимфаденопатии. Практически у всех больных ликвидировалась субфебрильная температура. Частота астенического синдрома уменьшилась в два раза. Отмечена положительная динамика таких проявлений хронической ЭБВИ, как гепатомегалия и спленомегалия. При этом частота тонзиллита, аденоидита не изменилась. Реже встречались кардиопатия, кишечный синдром, артралгии. Частота лимфоцитоза уменьшилась с 18,5±5,3 % до 9,3±3,9 % ($p<0,05$), повышения СОЭ с 27,7±6,1 % до 13±4,6 % ($p<0,05$).

Таблица 2

Динамика клинической характеристики детей с ГФХГН и сопутствующей хронической ЭБВИ после противовирусной и иммунотропной терапии, n(P±p %)

Признаки	До лечения n=54	Через 6 месяцев наблюдения (n=54)
Частые ОРВИ	38 (70,4±6,2)	17 (31,5±6,3)[a]
Субфебрильная лихорадка	7 (13,0±4,6)	2 (3,7±2,6) [a]
Лимфаденопатия -регионарная -системная	47 (87,0±4,6) 25 (46,3±6,6) 22 (40,7±6,5)	49 (90,7±4,7) 47 (87,0±4,6)[a] 2 (3,7±2,6) [a]
Тонзиллит	29 (53,7±6,7)	23 (42,6±6,5)
Аденоидит	19 (35,2±6,4)	17 (31,5±6,3)
Увеличение печени	20 (37,0±6,6)	14 (25,9±6,0)[a]
Увеличение селезенки	7 (13,0±4,6)	0
Астенический синдром	11 (20,3±5,5)	5 (9,3±3,9)[a]
Кардиопатия	20 (37,0±6,6)	14 (25,9±6,0)[a]
Кишечный синдром	6 (11,1±4,3)	1 (1,8±1,8) [a]
Артралгии	3 (5,6±3,0)	1 (1,8±1,8)[a]

Примечание: [a] -достоверность различий до лечения и через 6 месяцев наблюдения, $p<0,05$

Положительная клиническая динамика у обследованных детей после комплексной противовирусной и иммунотропной терапии сопровождалась изменением вирусной активности ЭБВИ. На момент включения пациентов в обследование у 35 (64,8 %) детей ЭБВИ расценена как хроническая активная, которую подтверждало наличие IgG EA и ДНК в крови. Признаки активности хронической ЭБВИ после лечения ликвидировались у 17 (31,5 %) больных.

Противовирусная и иммунотропная терапия оказала также положительный эффект на течение ГФХГН. Так, в динамике отмечено существенное снижение количества детей, имевших выраженную эритроцитурию, с 63,0±6,6 % до 35,2±6,4 % ($p<0,05$). Частота рецидивов макрогематурии уменьшилась в два раза (с 38,9±6,5 % до 18,5 ±5,3 %, $p<0,05$). Снизилось количество больных с протеинурией более 1 г/л (с 9,3±3,9 % до 3,7±2,6 %, $p<0,05$). Повышение уровня β_2-микроглобулина мочи встречалось значительно реже (7,4±3,6 % против 20,3±5,5 %, $p<0,05$).

осле проведенного лечения отмечена положительная динамика интерферонового статуса пациентов (табл. 3). Наблюдалось повышение в 2,7 раза уровня ИФН-α и в 3,6 раза уровня ИФН-γ, причем они оставались ниже показателей контрольной группы. Уровни провоспалительных цитокинов ИЛ-1β, ИЛ-6 после терапии значительно снизились, однако не достигли характеристик контрольной группы.

Таблица 3

Динамика показателей интерферонового и цитокинового статуса у детей с ГФХГН и сопутствующей хронической ЭБВИ, M±m, (пг/мл)

Показатели	До лечения, n=54	Через 6 месяцев наблюдения, n=54	Контрольная группа, n=29
ИФН α	2,0±0,18[b]	5,3±1,03[ab]	12,58±5,72
ИФН γ	4,85±2,98[b]	17,34±4,96[ab]	44,87±23,76
ИЛ-1	72,15±1,85[b]	35,78±0,92[ab]	14,62±12,12
ИЛ-6	28,87±6,67[b]	18,75±4,75[ab]	3,59±1,69

Примечание:

[a]- достоверность различий между показателями до лечения и через 6 месяцев наблюдения, $p<0,05$;

[b]-достоверность различий с контрольной группой, $p<0,05$.

Полученные результаты свидетельствуют о положительной клинической динамике, а также интерферонового и цитокинового статуса у детей с ГФХГН и сопутствующей хронической ЭБВИ после проведенной противовирусной и иммунотропной терапии. Однако сохраняющиеся сниженные уровни ИФН-α, ИФН-γ и повышенные концентрации ИЛ-1β, ИЛ-6 диктуют необходимость проведения повторных курсов такой терапии.

Таким образом, особенностью клинических проявлений ГФХГН у детей с сопутствующей хронической ЭБВИ является большая частота макрогематурии, выраженной гематурии и тубулярных расстройств. Показанием для обследования детей с ГФХГН на маркеры хронической ЭБВИ следует считать наличие частой респираторной заболеваемости, астенического синдрома, субфебрилитета, лимфаденопатии, увеличения печени и селезенки, лимфоцитоза, моноцитоза. Применение комбинированной противовирусной и иммунотропной терапии приводит к уменьшению выраженности клинических проявлений ГФХГН и хронической ЭБВИ, повышению уровней ИФН-α, ИФН-γ, снижению концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-1β и ИЛ-6.

Литература:

1. Герпес-вирусные инфекции у больных хроническим гломерулонефритом / И. Ф. Баринский, Т. А. Посевая, Н. В. Шабалина, и др. // Вопросы вирусологии. – 2005. – №1. – С. 35-36.

2. Гострий та хронічний гломерулонефрит у дітей: українські стандарти діагностики та лікування (згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України за № 436 від 31.08.2004) // Doctor. – 2006. – № 2. – С. 20-25.

3. Длин В. В. Вирусассоциированный гломерулонефрит у детей / В. В. Длин // Лечащий врач. – 2004. – № 1. – С. 14-17.

4. Коровина. Н. А. Лечение хронического тубулоинтерстициального нефрита у детей / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова // Педиатрия. – 2008. – Т. 87, № 3. – С. 86-90.

5. Крамарєв С. О. Хронічні форми Епштейн-Барр вірусної інфекції у дітей: сучасні підходи до діагностики та лікування / С. О. Крамарєв, О. В. Виговська // Современная педиатрия. – 2008. – Т. 2, № 19. – С. 103-108.

6. Лутошкин И. С. Клинико-патогенетическое значение и тактика лечения персистирующей герпесвирусной инфекции у детей с гормонорезистентным и гормоночувствительным вариантами нефротического синдрома: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14. 00. 09 «Педиатрия» / И. С. Лутошкин. – М., 2005. – 26 с.

7. Марков И. С. Диагностика и лечение герпетических инфекций и токсоплазмоза: сб. ст. / И. С. Марков. – К.: АртЭк, 2002. – 192 с.

8. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М.: Медиа Сфера, 2003. – 312 с.

9. Эпштейна-Барра вирусная инфекция у детей: современные подходы к

диагностике и лечению / Э. Н. Симованьян, В. Б. Денисенко, Л. Ф. Бовтало [и др.] // Лечащий врач. – 2007. – № 7. – С. 36-41.

10. Araya C. E. Systemic EpsteinBarr virus infection assoctiated with membranous nephropathy in children / C. E. Araya, R. P. GonzalezPeralta, S. SkodaSmith [et al.] // Clin. Nephrol. – 2006. – Vol. 65, No. 3. – P. 160-164.

11. Gershburg E. Epstein-Barr infections: prospects for treatment / E.Gershburg, J.S. Pagano // Journal of Antimicrobial Chemotherapy. – 2005. – Vol. 56, No. 2. – P. 277-281.

12. Glomerulonephritis in a patient with chronic active Epstein-Barr virus infection / K. Kano, Y. Yamada, Y. Sato [et al.] // Pediat Nephrol. – 2005. – Vol. 20, No. 1. – P. 89-92.

13. Okada H. Epstein-Barr virus infection in case with idiopathic tubulointerstitial nephritis / H. Okada, N. Ikeda, V. Ishikawa // Nephron. – 2002. – Vol. 92, No. 2. – P. 440-444.

Резюме Вивчено вплив хронічної Епштейн-Барр вірусної інфекції на клініко-лабораторні та імунологічні показники гематурической форми хронічного гломерулонефриту у дітей, а також ефективність противірусної та імунотропної терапії.

Ключові слова: хронічний гломерулонефрит, гематурична форма, діти, Епштейн-Барр вірусна інфекція, лікування.

FEATURES OF THERAPY OF CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS AND CONCOMITANT CHRONIC EBV INFECTION IN CHILDREN

[1]Borisova TP, [2]Tolchennikova EN

[1]Donetsk National Medical University of Maxim Gorky, [2]

Regional Children's Hospital, Donetsk

Summary Effect of chronic Epstein-Barr virus infection on clinical, laboratory and immunological hematuric forms of chronic glomerulonephritis in children, as well as the efficacy of antiviral and immunotropic therapy was studied.

Keywords: chronic glomerulonephritis, hematuric form, children, Epstein-Barr virus infection, treatment.

УДК 616.233-007.271-022.7]-053.2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ БРОНХИАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПЕРСИСТИРУЮЩИХ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Вакуленко С.И., Гадецкая С.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В исследование включены 42 ребенка раннего возраста с рецидивирующей бронхообструкцией на фоне внутриклеточной инфекции. Клиническая картина бронхиальной обструкции зависит от инфицированности детей внутриклеточными агентами, а также активности инфекционного процесса. Было установлено, что статистически значимую связь имеет инфицированность с длительностью рецидива бронхообструкции, с выраженностью одышки, интоксикации, с наличием катаральных изменений в ротоглотке, гепатоспленомегалии, с характером физикальных изменений в легких и с состоянием сердечно-сосудистой системы.

Ключевые слова: бронхиальная обструкция, дети

Высокий уровень распространенности острых респираторных инфекций среди детей - важная социальная проблема, решение которой является одной из основных задач в педиатрии. Особенно велика частота бронхообструктивного синдрома, как осложнения ОРВИ наблюдается у детей раннего возраста. Это

обусловлено тем, что в первые полтора года жизни 80% всей поверхности легких приходится на мелкие бронхи (диаметром менее 2 мм), тогда как у ребенка 6 лет - их 20% [1]. Известно, что повторные острые респираторные заболевания могут способствовать сенсибилизации организма и создавать предпосылки для развития генерализованных реакций повышенной чувствительности, с последующим формированием рецидивирующих бронхообструкций, бронхиальной астмы и других бронхолегочных заболеваний [3]. Эпидемиологические исследования последних лет с использованием современных критериев диагностики позволяют считать, что рецидивирующие бронхиты, особенно обструктивные формы, являются манифестацией бронхиальной астмы [2].

Цель исследования: изучить особенности клинической картины бронхообструкции у детей на фоне инфицирования персистирующими инфекциями.

Материалы и методы: в исследование были включены 42 ребенка раннего возраста с рецидивирующей бронхообструкцией на фоне внутриклеточной инфекции.

Результаты. Клиническая картина бронхиальной обструкции по нашим данным зависит от инфицированности детей внутриклеточными агентами, а также активности инфекционного процесса. Мы отметили разницу между группами детей в длительности эпизода бронхиальной обструкции. У большинства инфицированных пациентов наблюдалась длительность эпизода бронхообструкции в течение 2 недель – у 60 % детей с активным инфекционным процессом и у 68 % детей - с латентным, а показатель длительности - более 2 недель составляет 15 % и 16 % пациентов соответственно. В клинической картине острого периода заболевания у инфицированных пациентов симптомы интоксикации слабо выражены и проявляются у 28,3 % детей с активным течением инфекции и у 36 % детей –с латентным течением инфекции; у этих детей отмечалается бледность кожных покровов, субфебрильная лихорадка; гепатоспленомегалия выявляется у 46,7 % пациентов с активным течением инфекции и у 68 % пациентов – с латентным течением инфекций. В то же время, у неинфицированных детей гепатоспленомегалия встречается лишь у 3,13 % детей (p1-3,2-3<0,05), а у превалирующего большинства детей бронхиальная обструкция сопровождается выраженными симптомами интоксикации, – у 68,8 % детей, которая проявляется преимущественно фебрильной лихорадкой на фоне выраженного нарушения общего состояния. Увеличение периферических лимфатических узлов чаще наблюдается у инфицированных детей - в 45 % случаев с активным течением инфекции и в 32 % случаев с латентным течением внутриклеточной инфекции, причем значительное их увеличение наблюдается в 11,67 % и 4 % случаев – соответственно. Реакция лимфогистиоцитарной системы у неинфицированных пациентов проявляется незначительной полиаденией - в 12,5 % случаев. У большинства инфицированных детей выражена одышка в покое (ДН II и ДН III) – в 75 % и 72 % случаев соответсвенно. Отмечаются

существенные различия физикальных данных со стороны легких у инфицированных и неинфицированных детей. При аускультации в легких преобладает обилие влажных хрипов у 68,3 % детей с активным течением инфекционного процесса, у детей с латентным инфекционным процессом влажные разнокалиберные хрипы встречаются в 52 % случаев, в то время, как у неинфицированных пациентов выслушиваются преимущественно сухие, свистящие хрипы. Необходимо отметить характер реакции сердечно-сосудистой системы в момент рецидива бронхообструкции у инфицированных и неинфицированных детей. У большинства детей с рецидивирующей бронхообструкцией и внутриклеточной инфекцией на фоне выраженной интоксикации имеются изменения деятельности сердца, преобладает приглушенность тонов сердца - у 65 % и 68 % детей соответственно, аритмии отмечаются у 10 % пациентов с активным инфекционным прцессом и не определяются у детей с латентным инфекционным процессом. У 25 % детей с активным течением внутриклеточной инфекции и у 32 % детей с латентным - выявлен систолический шум на верхушке.

Выводы. Таким образом, рецидивирование бронхиальной обструкции у детей с персистенцией внутриклеточных инфекций сопровождается большей выраженностью дыхательной недостаточности, меньшей остротой интоксикационного и катарального синдрома на фоне большей выраженности симптомов хронической интоксикации (лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия).

Литература:

1. Адо А.Д. Инфекционно-аллергическая бронхиальная астма // Клиническая медицина. - 1987. - № 12. - С. 7-12.

2. Куличенко Т.В. Дифференциальная диагностика бронхиальной астмы у детей раннего возраста / Т.В. Куличенко, Е.В. Климанская, О.Ф. Лукина, Г.Н. Балыдина // Русский вестник перинатологии и педиатрии. - 2000. - т. 45. - № 6. – С. 25-30.

3. Сенаторова А.С. Дифференциальная диагностика бронхо-обструктивного синдрома у детей // Здоровье Украины. – 2007. - № 8(1). – С. 59-61.

Резюме. У дослідження включені 42 дитини раннього віку з рецидивуючою бронхообструкцією на тлі внутрішньоклітинної інфекції. Клінічна картина бронхіальної обструкції залежить від інфікованості дітей внутрішньоклітинними агентами, а також активності інфекційного процесу. Було встановлено, що статистично значимий зв'язок має інфікованість з тривалістю рецидиву бронхообструкції, з виразністю задишки, інтоксикації, з наявністю катаральних змін в ротоглотці, гепатоспленомегалии, з характером фізикальних змін в легенях і із станом серцево-судинної системи.

Ключові слова: бронхіальна обструкція, діти

CLINICAL FEATURES OF BRONCHIAL OBSTRUCTION IN CHILDREN WITH DIFFERENT CURRENTS PERSISTENT INTRACELLULAR INFECTION

Vakulenko S, Gadetskaya S.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The study included 42 child with recurrent bronchial obstruction on the

background of an intracellular infection. The clinical picture of bronchial obstruction depends on the infection of children intracellular agents, as well as activity of the infectious process. It was found that a statistically significant association with the duration of infection is recurrent bronchial obstruction, with dyspnea, intoxication, with the presence of catarrhal changes in the oropharynx, hepatosplenomegaly, with the nature of physical changes in the lungs and to the state of the cardiovascular system.

Key words: bronchial obstruction, children

УДК 616.248-022.7-053.2-08

ТЕРАПИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ НА ФОНЕ ИНФИЦИРОВАНИЯ CHL. PNEUMONIAE

Гадецкая С.Г., Вакуленко С.И.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Определена частота встречаемости респираторного хламидиоза у детей с бронхиальной астмой, выявлены особенности течения бронхиальной астмы в зависимости от инфицированности Chl. pneumoniae. Лечение хламидиоза способствовало улучшению контроля над основным заболеванием.

Ключевые слова: бронхиальная астма, респираторный хламидиоз, дети

Несмотря на значительные достижения в улучшении качества диагностики и лечения бронхиальной астмы (БА), распространенность ее среди детей остается высокой, увеличиваясь с каждым годом [1]. Не всегда удается добиться контроля над течением заболевания. Это определяет актуальность изучения факторов, способствующих развитию БА у детей, а также влияющих на тяжесть и частоту обострений. В детском возрасте начало заболевания часто связано с респираторными инфекциями, вызванными различными вирусами, бактериями и их ассоциациями [2]. Рост частоты хламидийной инфекции в этиологии заболеваний органов дыхания и многих других систем организма привлекает внимание исследователей к изучению роли Chlamydophila pneumoniae [2,3].

Целью работы было определение значимости в развитии БА респираторного хламидиоза (РХ), с последующей оптимизацией терапии.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 136 детей в возрасте от 1 до 15 лет, страдающих БА, в периоде обострения заболевания. Инфицированность РХ определялась при помощи обнаружения ДНК Chl. pneumoniae в слизи из зева и мокроте методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и выявлении специфических антител (АТ) методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты и их обсуждение. По результатам обследования, инфицированность РХ была выявлена у 85 (62,5%) детей с БА, причем у 63 (74,1%) из них отмечено активное течение инфекционного процесса (положительные результаты ПЦР и высокие титры АТ класса IgM и IgG). Группу сравнения составили 51 больных БА с отрицательными результатами обследования на наличие Chl. pneumoniae.

При сравнении двух групп детей с БА, был выявлен ряд анамнестических

и клинических особенностей течения астмы на фоне РХ: малая значимость отягощенного наследственного и аллергологического анамнеза у детей с сочетанием БА и РХ; частые респираторные инфекции (РИ) (более 5-ти раз в год), протекающие с осложнениями в виде инфекционных поражений ЛОР-органов или органов дыхания; отсутствие или умеренная выраженность проявлений атопии в раннем возрасте (в 3,8 раза реже, чем у неифицированных пациентов с астмой); недостаточно контролируемая астма при проведении адекватной базисной терапии; преимущественная провокация обострений астмы респираторными вирусными инфекциями; клинические проявления обострений БА, протекающие длительно, преимущественно в виде навязчивого, длительного кашля, отсутствие или редкие приступы удушья (74,1% детей с БА и РХ); наличие симптомов интоксикации в период обострения астмы; гиперплазия лимфоидной ткани лимфоглоточного кольца и стойкое увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов; резистентность к бронхолитической терапии во время обострений; преобладание вазосекреторного компонента бронхиальной обструкции над бронхоконстрикцией, клинически проявляющееся наличием большого количества мелко- и среднепузырчатых влажных хрипов над всей поверхностью легких; смешанный тип нарушений вентиляционной функции легких (76,3 % больных БА, инфицированных Chlamydophila pneumoniae).

Изучение активности интерфероногенеза у наблюдавшихся больных показало снижение концентрации ИФН-α и значительное повышение уровня ИФН-γ во всех группах детей, особенно у инфицированных. При изучении цитокинового статуса выявлено значительное понижение уровня α-интерферона (ИФН) у всех детей с БА по сравнению со здоровыми детьми ($p<0,001$) – 4,08±0,13 пг/мл, 4,02±0,13 пг/мл и 32,48±0,37 пг/мл соответственно. Содержание в сыворотке крови γ-ИФН у детей с БА в несколько раз превышало показатели здоровых детей и составило соответственно 331,25±16,6 пг/мл, 316,13±25,43 пг/мл и 113,73±11,38 пг/мл ($p<0,001$).

Учитывая анамнестические, клинические и лабораторные признаки респираторной инфекции, вызванной Chl. pneumoniae у детей с БА, а также более тяжелый характер течения заболевания и его обострений, нами введены в комплекс общепринятой терапии БА методы лечения РХ.

В терапию детей с активным течением инфекции – 63 ребенка (74,1%), кроме базисной терапии, были включены антибиотик из группы макролидов – фромилид в суточной дозировке 7,5 мг/кг в течение 14 дней, а также препараты интерферона. Предпочтение было отдано человеческому рекомбинантному интерферону-α2b – виферону. Виферон применяли в виде ректальных суппозиториев – 2 дозировки: Виферон-1 (150 000 МЕ интерферона в одной свече) у детей дошкольного возраста и Виферон-2 (500 000 МЕ) у детей школьного возраста по схеме: по 2 свечи ежедневно с 12-часовым интервалом в течение 10 дней, затем 3 раза в неделю через день по 2 свечи в сутки с 12-часовым интервалом в течение 1 месяца.

При повторном обследовании через год после окончания лечения РХ

противохламидийные антитела в низком титре определялись лишь у 7 пациентов (8,2 %) при удовлетворительном общем состоянии. У детей с сочетанием БА и РХ изменились частота и длительность обострений БА по сравнению со значениями этих показателей до лечения. Частота обострений уменьшилась в 5 раз (5,27 ± 0,23 раз в течение года и 1,05±0,13 раз соответственно). Длительность обострений также уменьшилась более чем в 5 раз (26,8±1,9 дней и 4,88±0,5 дней соответственно). Частота респираторных инфекций уменьшилась более чем в 2 раза. Кроме того, отмечено выраженное снижение уровня сывороточного γ-ИФН (331,25±16,6 и 172,5±12,64 пг/мл соответственно). Одновременно отмечено повышение почти в 10 раз уровня сывороточного α-ИФН (4,08±0,13 и 14,0±1,5 пг/мл соответственно).

Таким образом, лечение хламидийной инфекции у детей с БА способствует наступлению ремиссии астмы, уменьшению частоты и длительности обострений и интеркуррентных заболеваний органов дыхания.

Литература:

1. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы /Под ред. Белевского А.С.- М.: Издательство «Атмосфера», 2011.- 108 с.

2. Котлуков В.К. Синдром бронхиальной обструкции у детей раннего возраста с респираторными инфекциями различной этиологии: особенности клинических проявлений и иммунного ответа / Котлуков В.К., Блохин Б.М., Румянцев А.Г. // Педиатрия.-2006.-№3.-С.14-21.

3. Ласиця О.І. Бронхообструктивний синдром у дітей раннього віку та особливості муколітичної терапії / Ласиця О.І., Охотнікова О.М. // ПАГ.-2004.-№2.-С.27-31.

Резюме. Визначено частота респіраторного хламідіозу у дітей з бронхіальною астмою, виявлено особливості перебігу бронхіальної астми залежно від інфікованості Chl. pneumoniae. Лікування хламідіозу сприяло поліпшенню контролю над основним захворюванням.

Ключові слова: бронхіальна астма, респіраторний хламідіоз, діти

TREATMENT OF ASTHMA IN CHILDREN WITH INFECTION CHL. PNEUMONIAE

Gadetskaya S.G., Vakulenko S. I.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Defined the frequency of occurrence of respiratory chlamydia in children with asthma, peculiarities of asthma, depending on the infection Chl. pneumoniae. Chlamydia treatment improved the control of the primary disease.

Keywords: asthma, respiratory chlamydia, children

УДК 617.7-045.21:235.4

ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ИНФРАЗВУКОВОГО ПНЕВМОМАССАЖА И ПРО-ВИЗИО В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С МИОПИЕЙ

Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Шевченко В.С., Голубов Т.К.
Донецкий национальный медицинский университет

Резюме. В работе анализируются результаты лечения 45 детей с миопией.

Использование инфразвукового пневмомассажа в сочетании с про-визио в комплексном лечении больных миопией является эффективным и возможно использование данной методики в условиях первичного звена детской офтальмологической службы.

Ключевые слова: миопия, дети, лечение/

У детей и подростков в процессе обучения в школе отмечается увеличение удельного веса близорукости, что обуславливает актуальность разработки методик позволяющих улучшить функциональное состояние аккомодации у школьников [1, 3-5].

В настоящее время доказана необходимость одновременного воздействия на все уровни зрительного анализатора при лечении миопии. В публикациях последних лет появились сообщения о положительном влиянии инфразвукового офтальмопневмомассажа (ИОПМ) на состояние гемодинамики глаза и в первую очередь цилиарного тела. Сидоренко Е.И. с соавт.[6] экспериментально доказали возможность улучшения регио-нарного кровообращения глазного яблока под воздействием ИОПМ , которое связано с увеличением диаметра просвета капилляров цилиарного тела, а так же с нарастанием числа перфузиируемых сетевых капилляров т.е. включением в микроциркуляцию резервных сосудов обмена.

В терапии близорукости у детей используются препараты,содержащие экстракт черники и лютеин. К данной группе препаратов относится и про-визио ляющийся источником не только каротиноидов (лютеина и зеаксан-тина), но витамина Е и селена, содержащей антоцианы.

В литературе отсутствуют данные о возможности сочетанного применения ИОПМ и про-визио в терапии миопии.

Цель исследования - изучение эффективности использования сочетанного применении инфразвукового пневмомассажа и про-визио в лечении миопии у детей .

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 45 детей в возрасте 10-16 лет с миопией. В зависимости от величины близорукости выделены следующие группы пациентов: первая- 25 лиц с миопией слабой степени и вторая группа – 20 лиц с миопией средней степени. У детей обеих групп в комплексном реабилитационном лечении использовались инфразвуковой пневмомассаж (ИЗПМ) в сочетании с про-визио. При проведении инфразвукового пневмомассажа аппарат АВМО-2М для. При проведении процедуры с помощью блока управления аппарата подавали импульсы разряжения на глазное яблоко и ткани глаза со скважностью 0,5, мощностью 170аб, частотой 4Гц. Длительность процедуры составляла 10 минут, на курс лечения назначали 10 сеансов. Про-визио назначался по одной таблетке раз в сутки в течение месяца.

Критериями эффективности лечения служили показатели визометрии, резерва аккомодации (РА), запаса относительной аккомодации (ЗОА). Эффективность применения инфразвукового пневмомассажа в сочетании с ирифрином в лечении миопии была изучена на основании сравнения данных остроты зрения, РА, ЗОА пациентов обеих групп до и после окончания курса

лечения.

Результаты и их обсуждение. До начала лечения у лиц первой группы показатель некорригированной остроты зрения для дали составил 0,24 ± 0,02, РА-3,04±0,26^{д} ,ЗОА- 3,20±0,16^{д} , а у детей второй группы соответственно - 0,13± 0,003, 2,66± 0,36^{д}, 2,62. ±0,16^{д}.

У школьников с миопией средней степени регистрировались более низкие значения визометрии, резерва аккомодации и запаса относительной аккомодации, чем у детей с слабой ее степенью. После окончания курса лечения у пациентов обеих групп отмечалось увеличение остроты зрения соответственно до 0,39±0,03($p<0.05$) и до 0,25± 0,06 ($p<0.05$).

В обеих группах зафиксировано статистически значимое увеличение величины резерва аккомодации (первая – 4,20±0,19 ^{д}, вторая - 4,17±0,19 ^{д}) и запаса относительной аккомодации(соответственно- 4,29±0,22^{д} и 4,29±0,23^{д}). Использование в лечение инфразвуковой пневмомассаж в сочетании с про-визио позволило улучшить функциональное состояние зрительного анализатора у 68,0% пациентов первой группы и 55,0% второй группы.

Таким образом, использование инфразвукового пневмомассажа в сочетании с про-визио в комплексном лечении больных миопией является эффективным и возможно использование данной методики в условиях первичного звена детской офтальмологической службы .

Литература:

1. Аветисов Э.С., Ковалевский Е.И., Хватова А.В. Руководство по детской офтальмологии. – М.: Медицина. – 1987. – 360 с.

2. Ватченко А.А., Дроздов А.Г., Тимофеев Н.Н., Цикова Т.Д. К вопросу о повышении эффективности выявления и лечения начальной миопии у детей // Офтальмол. журн. – 1990. - № 8. – С.499-502

3. Маматхужаева В.Н. Распространенность аномалий рефракции среди школьников // Вестн. офтальмол. – 2002.- № 1. – С.47-49.

4. Неделька А.Ф., Лебедь О.А., Заболотная С.А. и др. Состояние рефракции у детей младшего и среднего школьного возраста, обучающихся в специализированной школе-гимназии // Актуальні проблеми офтальмології. – Дн., 2002. – С. 15-16.

5. Сидоренко Е.И., Обрубов С.А., Туманян А.Р. Опыт клинического применения ультразвукового массажа в лечении прогрессирующей близорукости у детей школьного возраста // Вестн. офтальмол. – 1997. - № 3. – С. 18-20.

Резюме. У роботі аналізуються результати лікування 45 дітей з міопією. Використання інфразвукового пневмомасажу в поєднанні з про-візіо в комплексному лікуванні хворих з міопією є ефективним і можливе використання даної методики в умовах первинної ланки дитячої офтальмологічної служби.

Ключові слова: міопія, діти, лікування

.

A POSITIVE VALUE OF THE COMBINED USE OF INFRASOUND AND PNEUMOMASSAGE

Pro-Visio in treatment of children with myopia
Golubov KE, Kotlubey G.V., Golubov T.K, Shevchenko V.S.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Sammary. This book analyzes the results of treatment of 45 children with myopia. The use of infrasound pneumomassage, combined with PRO-VISIO in complex treatment of pain related to myopia is an effective and you can use this technique in the conditions of primary care pediatric ophthal-mology service/

Keywords: myopia, children, treatment/

УДК 617.7-045.21:235.4

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ АККОМОДАЦИОННОЙ ФУНКЦИИ

Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Голубов Т.К., Шевченко В.С.
Донецкий национальный медицинский университет

Резюме. В работе анализируется данные лечения 464 детей с нарушением аккомодации в условиях летнего детского оздоровительного центра. Исполь-зование комплексной системы лечебных мероприятий позволило улучшить функции аккомодации , повысить остроту зрения у школьников в 76,5% случаев.

Ключевые слова: реабилитация, аккомодация, дети

Задача сохранения нормальных зрительных функций у детей является весьма актуальной. В структуре заболеваемости школьников одно из ведущих мест занимает патология органа зрения , при этом отмечается увеличение числа детей с нарушением зрительных функций в период их обучения в школе. Согласно исследованиям различных авторов от 21,4 до 43,7% школьников младших классов имеют ту или иную степень нарушения остроты зрения, а в старших классах их число увеличивается до 48,7 – 63,2% [1,2]. В основе данных изменений лежит нарушение аккомодационной функции[3]. Поиск новых форм организации оздоровления детей с патологией органа зрения является одной из актуальных задач детской офтальмологии.

Целью работы явилось изучение эффективности лечения нарушений аккомодационной функции у детей в условиях детских оздоровительных центров.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 464 детей с патологией органа зрения в возрасте от 8 до 15 лет, получивших курс реабилитационного лечения в детских оздоровительных центрах Донецкой области. Среди наб-людамых нами детей преобладали девочки (66,9 %) и жители города(78,5%). Среди причин снижения зрения наиболее часто наблюдались миопия и спазм аккомодации (67,4%).

Эффективность оздоровительных мероприятий была изучена на основании сравнения показателей визометрии и зрительной работоспособности (время восприятия последовательного цветового контраста (ВВПЦК), корректурный тест Вестон-Зоз-Тагаевой (КТ))до и после проведения лечения.

Результаты и их обсуждение. По прибытию детей в детские оздоровительные центры было проведено комплексное офтальмологическое

обследование (визометрия, скиаскопия, офтальмоскопия, офтальмоэргономические тесты). Результаты исследования были занесены в специально разработанные индивидуальные реабилитационные карты. Группы детей формировались по возрасту и характеру патологии органа зрения. Согласно результатов комплексного офтальмологического исследования были разработаны индивидуальные программы, в которых наряду с медикаментозным, функциональным и физиотерапевтическим лечением включались и общеоздоровительные мероприятия. Функциональное лечение проводилось в специально оборудованных кабинетах, занятия проводились 1-2 раза в день. Каждое занятие начиналось с проведения аккомодотренинга с учетом рекомендаций Аветисова-Сомова. В лечении детей использовались следующие методики: тренировки аккомодации(физиологический оптический массаж по Коваленко, упражнения по Волкову-Колесниковой, метка на стекле, ДДА и др.) , упражнения с разделителем поля зрения по развитию фузионных резервов, квантовой офтальмотерапии, КЭМ- стимуляция и др. В ряде центров наряду с указанными методиками в оздоровлении использовались инстилляции мезатона по одной капле раз в сутки в сочетании ко- и фитотерапия, массаж, а так же - медикаментозное лечение (про-визио, визивит, мезатон, биостимуляторы, сосудорасширяющие средства и другие препараты)и физиотерапевтические методы лечения.

В 74,2% случаев до проведения оздоровительных мероприятий острота зрения для дали не превышала 0,7. Анализируя результаты лечения надо отметить, что у всех детей отмечена положительная динамика. Увеличилась количество детей с остротой зрения без коррекции более 0,7 до 54,5%. У 63 из них она повысилась до 1,0.Уменьшилась доля детей с остротой зрения менее 0,1 с 9,1% до 3,0%.

Изучение состояние аккомодационной функции показало, что у лиц основной группы после окончания реабилитационных мероприятий наблюдается удаление ближайшей точки ясного видения с 12,0±0,18см до 13,1+0,14 см ($p > 0,05$) и сокращение времени максимальной аккомодации с 16,8+0,24 до 14,8±0,18 сек ($p > 0,05$).

Изучение показателей ВВЦПК и КТ показало, что после лечения отмечается достоверное увеличение средних величин относительно их исходного уровня соответственно с 4,65±0,15 до 5,81 ± 0,19сек и 0,22± 0,001 до 0,31±0,009 бит/сек.Указанные изменения были более выражены у лиц с спазмом аккомодации на фоне миопии слабой степени.

Таким образом, приведенные данные подтверждают эффективность проведенного курса реабилитационного лечения. Разработка и внедрение индивидуальных реабилитационных программ по оздоровлению детей с патологией органа зрения в условиях детского организованного летнего отдыха позволяет повысить эффективность, как медицинской реабилитации, так и уровень социальной адаптации этой группы больных. Предложенные модели оздоровления детей в летнее время в условиях детских оздоровительных центров эффективны, доступны, возможны при различных уровнях

финансирования санаторных групп.

Литература:

1. Беседовская В.Т. Офтальмо-эргономический профиль учащихся средней школы/ В.Т.Беседовская, Н.В.Пигорева, Н.Ф.Руковицина // Актуальные проблемы гигиены детей и подростков. – Х. 1995. – С.26-28.

2. Коваленко В.В. Проблемы школьной медицины: охрана зрения учащихся / В.В. Коваленко // Харьковск. мед. журнал. – 1993. – № 3-4. – С.74-75.

3. Маматхужаева В.Н. Распространенность аномалий рефракции среди школьников / В.Н. Маматхужаева // Вестн. офтальмол. – 2002.- № 1. – С.47-49.

Резюме. У роботі аналізується дані лікування 464 дітей з порушенням акомодації в умовах літнього дитячого оздоровчого центру. Використан-ня комплексної системи лікувальних заходів дозволило покращити функції акомодації , підвищити гостроту зору у школярів у 76,5% випадків.

Ключові слова: реабілітація, акомодація, діти.

NEW APPROACHES TO THE REHABILITATION OF CHILDREN WITH INFRINGEMENT OF ACCOMMODATION OPTIONS

Golubov KE, Kotlubey G.V., Golubov T.K, Shevchenko V.S.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Sammary. The study analyzes data treatment 464 children with violation of accommodation in conditions of summer children's health center. Destined for operation of the complex system of remedial measures allowed to improve functions of accommodation , improve visual acuity in schoolchildren in 76.5% of cases.

Keywords: rehabilitation, accommodation, children.

УДК 616.248-08-039.12-053.2

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ (ПО ДАННЫМ СТАЦИОНАРА ОДКБ)

Головко Т.И., Островский И.М.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. Почти половина случаев бронхиальной астмы у детей в Донецкой области регистрируется с опозданием. Шестая часть пациентов не получает адекватную базисную терапию. Хуже всего поставлены диагностика и лечение бронхиальной астмы в городах Красноармейск и Артемовск. Близкое расположение к областной детской клинической больнице положительно сказывается на вопросах своевременной диагностики.

Ключевые слова: бронхиальная астма, диагностика, ошибки, дети

Бронхиальная астма (БА) широко распространена среди детского населения мира (от 1 до 18% в разных странах). По данным статистики заболеваемость астмой среди детей Украины увеличивается и охватывает 5-7% детского населения. В Донецкой области заболеваемость и распространенность бронхиальной астмы достаточно высока (соответственно 8,6 и 82,3 в 2012 году), что связано с неблагоприятными экологическими условий в области.

Поздняя диагностика и ошибки ведения больных нередко заканчиваются летально, тогда как своевременный диагноз и адекватное лечение позволяют

существенно улучшить качество жизни пациентов.

К сожалению, в силу ряда объективных и субъективных причин, медиками различного уровня в этой сфере допускается значительное количество врачебных ошибок.

Целью работы явилось выяснение качества диагностики и тактики ведения больных на I-II етапах оказания медицинской помощи в соответствии с отечественными протоколами и рекомендациями JINA.

Материалы и методы: Проанализировано 200 историй болезней детей с бронхиальной астмой, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении ОДКБ в 2012-2013 гг.

Осознавая степень возможной ошибки при анализе малых величин, тем не менее мы попытались выявить определённые тенденции в полученных результатах.

Анализируя количество больных по городам, следует отметить, что большое число детей в абсолютных цифрах из Донецка и Макеевки обусловлено и большей заболеваемостью и распространенностью БА, а также близостью проживания к больнице. Часто (в относительном выражении) направляют в ОДКБ детей из городов Кировское, Ясиноватая, Авдеевка и Старобешевского района. И если в Кировском и Ясиноватой в анализируемые годы заболеваемость была существенно выше среднеобластного показателя, то из Авдеевки просто легче доехать до ОДКБ, а в Старобешевском районе, по-видимому, не доверяют местной медицине.

Всего же из городов направлен 151 больной, а из районов - 49 (0,26 на 1000 детского населения в городах и 0,56 – в сельской местности).

Анализ дефектов представлен в таблице 1.

По данным 200 изученных историй выявлено 89 случаев поздней диагностики заболевания, что составило 44,5%. Практически, каждый второй случай заболевания БА установлен несвоевременно.

Поздней диагностикой мы считали не установление диагноза на 4-ом и более эпизоде бронхообструкции на фоне ОРЗ у детей до 4-х лет, в случае хотя бы одного эпизода удушья на фоне ОРЗ у детей старше 4-х лет или при полном благополучии.

Качество диагностики по населенным пунктам сравнивали только среди тех мест, из которых попало в выборку 5 и более историй болезни.

Как видно из приведенных данных, своевременная диагностики БА является проблемой для педиатров Дебальцево, Горловки, Красноармейска и Старобешево. Стоит поработать над этим вопросом в Макеевке, Снежном, Селидово и Волновахском районе.

Лучше всего диагностика налажена в Донецке, Авдеевке, Ясиноватой и Марьинском районе, опять же, потому что из этих мест легче вовремя попасть в ОДКБ.

Еще одной немаловажным звеном медицинской деятельности является адекватное диспансерное наблюдение, в данном аспекте – соблюдение рекомендаций по базисной терапии и ведение больного в периоде обострения.

И если до поступления в ОДКБ только 13-ти пациентам из 200 (6,5%) медицинская помощь оказывалась не в соответствии с протоколами, то рекомендации по базисной терапии либо не выполнялись в полном объеме, либо назначены неадекватно уже у 30 детей (15%). Так, третья часть пациентов, получившая неадекватное лечение обострения, были из Дебальцево и Артемовска (5 больных из 13 по области), и такой же процент нарушений базисной терапии выявлен у детей из гг. Артёмовск, Красноармейск и Ясиноватая (7 из 30 по области).

Таблица 1

Ошибки диагностики и ведения больных БА детей по городам и районам Донецкой области (по данным выборки)

Населенные пункты	Всего историй	Поздняя диагностика		Ошибки выведения из обострения		Дефектная базисная терапия	
		Абс.	%%	Абс	%%	Абс	%%
Город							
Донецк	15	4	26	1	7,7	1	7,7
Авдеевка	7	2	28	2	28,6	0	
Артемовск	12	5	41	2	16,7	3	25
Горловка	6	5	83	0		1	16,7
Дебальцево	8	7	87	3	37,5	1	12,5
Енакиево	12	5	41	0		2	16,7
Кировское	15	6	40	1	6,7	1	6,7
Красный Лиман	5	2	40	0		1	20
Красноармейск	7	5	71	1	14,3	2	28,6
Макеевка	16	10	63	1	6,3	0	
Селидово	5	3	60	1	20	1	20
Славянск	7	4	57	0		1	14,3
Снежное	5	3	60	0		0	
Ясиноватая	6	2	33	0		2	33,3
Район							
Артемовский	5	2	40	0		0	
Волновахский	7	4	57	0		1	14,3
Марьинский	10	2	20	0		1	10
Старобешевский	10	7	70	0		1	10

Выводы. Таким образом можно отметить, что для медиков первичного звена здравоохранения наибольшей проблемой является своевременная диагностика БА, а наиболее неблагополучными городами по всем вопросам ведения детей с БА в Донецком области являются Артемовск и Красноармейск.

PS. Эта информация была озвучена на очередной областной конференции в рамках Донецкой организации «Ассоциация педиатров Украины», после чего из названных городов стали чаще присылать в ОДКБ на консультацию и лечение детей уже после третьего эпизода БОС.

Резюме. Майже половина випадків бронхіальної астми у дітей в Донецькій області реєструється із запізненням. Шоста частина пацієнтів не отримує адекватну базисну терапію.

Найгірше поставлені діагностика і лікування бронхіальної астми у містах Красноармійськ та Артемівськ. Близьке розташування до обласної дитячої клінічної лікарні позитивно позначається на питаннях своєчасної діагностики.

Ключові слова: бронхіальна астма, діагностика, помилки, діти

MISTAKES IN DIAGNOSIS AND TACTICS OF CHILDREN WITH ASTHMA (BASED ON DATA OF REGIONAL CHILDREN HOSPITAL)

Golovko T.I., Ostrovsky I.M.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Almost half of the cases of asthma in children in the Donetsk region registered late. Sixth part of the patients did not receive adequate basic therapy. Worse put diagnosis and treatment of asthma in Krasnoarmiysk city and Artemovsk city. The proximity to the regional children's hospital has a positive impact on issues of timely diagnosis .

Keywords: asthma , diagnosis mistakes, children

УДК 612.24-002.6:612.015.6]-008

СОСТОЯНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ЗВЕНА КЛЕТОЧНОГО ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБМЕНА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кобец В.Н.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В работе представлены результаты обследования 87 детей раннего возраста с внебольничной пневмонией. Установлено, что у больных, особенно с осложненным течением пневмонии, отмечается повышенная активность митохондриального фермента периферической крови лактатдегидрогеназы.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, ЛДГ

Известно, что лактатдегидрогеназа (ЛДГ) относится к числу важнейших клеточных ферментов, участвующих в процессе гликолиза, которые катализирует обратимую реакцию восстановления пировиноградной кислоты (пирувата) в молочную (лактат). Изучение содержания ЛДГ у детей раннего возраста с внебольничной пневмонией (ВП) обусловлено, прежде всего, тем, что данный фермент широко представлен в тканях сердца, мышцах и др., что позволяет использовать его в качестве цитогенетического маркера клеточного энергетического обмена.

Целью работы явилось определение частоты встречаемости и степени нарушения активности митохондриального фермента периферической крови лактатдегидрогеназы у детей первых лет жизни в зависимости от тяжести внебольничной пневмонии.

Материалы и методы. Для достижения цели обследовано 87 детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет с ВП. Все больные распределены на 2 группы. В I группу (основную) вошли 44 пациентов с осложненным течением внебольничной пневмонии (ОВП), что составило 50,6%. II группа (сравнения) состояла из 43 больных с неосложненным течением внебольничной пневмонии (НВП), составив 49,4%.

Наряду с общепринятым клинико-лабораторным и инструментальным обследованием у пациентов изучали состояние ферментативного звена

клеточного энергетического обмена путем определения содержания ЛДГ. Использовали кассеты COBAS INTEGRA 400/700/800 «Лактатдегидрогеназа», содержащие диагностическую систему реагентов in vitro. Референтный интервал содержания ЛДГ соответствовал значениям 100,00 – 200,00 Ед/л.

Результаты исследования и обсуждение. Больные поступали в тяжелом (67,8%) и очень тяжелом (23%) состоянии. В 9,2% случаев состояние оценено как средней тяжести. Среди осложнений наиболее часто диагностировали плеврит (29,8%), токсико-септическое состояние (16,1%), пневмоторакс (5,7%), абсцессы (2,3%), ДВС-синдром (2.3%) и др.

Исследование цитохимической активности ЛДГ показало не только различную частоту регистрации нарушенных показателей уровня изучаемого фермента, но и степень выраженности этих нарушений. Так, определение исходного значения фермента, которое проводилось у больных I группы на высоте проявлений осложнений с выраженной дыхательной недостаточностью, интоксикацией показало, что в 68,2% случаев зарегистрировано превышение порога референтного интервала (>200,00 Ед/л) содержания ЛДГ, а в остальных (31,8%) – установлены нормальные значения показателя. В группе детей с НВП обнаруживались значения преимущественно, соответствующие пределам референтного интервала (67,4%). Только в 32,6% наблюдений установлены показатели, превышающие верхнюю границу референтного интервала. У здоровых детей контрольной группы все пробы оказались в пределах нормальных значений.

Вычисление средних значений в группах детей с ОВП и НВП свидетельствовало, что наибольшая активность ЛДГ отмечалась среди детей у которых имели место тяжелые гнойные осложнения. В частности, в основной группе больных средний показатель содержания ЛДГ составил 285,6 ± 11,65 Ед/л; в группе сравнения - 214,9 ± 10,73 Ед/л, что оказалось достоверно выше ($p \leq 0,05$) показателя здоровых детей контрольной группы (68,4 ± 5,23 Ед/л).

Выводы.

1. У детей на высоте клинических проявлений внебольничной пневмонии, особенно с осложненным течением, сопровождающегося выраженной дыхательной недостаточностью, интоксикацией, наблюдается повышение активности митохондриального фермента ЛДГ, что свидетельствует о напряженности в условиях гипоксии, лактоацидоза процессов анаэробного гликолиза.
2. Предполагаемое комплексное изучение состояния энергометаболического обмена (карнитин, лактат, пируват и др.), позволит определить показания для проведения коррекции подобных нарушений у детей с пневмонией.

Резюме. У роботі представлені результати обстеження 87 дітей раннього віку з позалікарняної пневмонією. Встановлено, що у хворих, особливо з ускладненим перебігом пневмонії, відзначається підвищена активність мітохондріального ферменту периферичної крові лактатдегідрогенази.

Ключові слова: позалікарняна пневмонія, ЛДГ

STATUS OF ENZYMATIC LINK OF ENERGY METABOLISM OF CELLULAR IN COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA OF CHILDREN

Kobets VN
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The paper presents the results of a survey of 87 children of early age with community-acquired pneumonia. Found that patients, especially with complicated pneumonia, have high activity of the lactate - the mitochondrial enzyme of peripheral blood .

Keywords: community-acquired pneumonia, lactate

УДК 616.9-022.7:616.34-07.37

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ УСЛОВНО-ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Кучеренко Н.П., Алчиева Е.И.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Городская клиническая больница №1, г. Донецк

Резюме. На примере 89 детей первого полугодия жизни при сопоставлении основных симптомов кишечных инфекций, обусловленных условно-патогенными микробами и патогенными, выявлены некоторые особенности клиники заболеваний, на основании которых возможно провести ранний дифференциальный диагноз.

Ключевые слова: дети, условно-патогенные микроорганизмы, клиника.

В настоящее время изучение условно-патогенных микроорганизмов и заболеваний, вызванных ими, приобретает широкую актуальность в ряду новых вопросов инфекционной патологии [1,4]. Повышение заболеваемости энтероколитом, обусловленным условно-патогенными бактериями, отмечено в младших возрастных группах, среди недоношенных и у детей с пониженной сопротивляемостью [2,3]. Течение и тяжесть инфекционного процесса зависят не только от вида и свойств возбудителей, но и от состояния организма ребенка. Поэтому изучение особенностей клинического течения различных нозологических форм кишечных инфекций у детей раннего возраста крайне необходимо.

Цель работы: выявление клинических особенностей кишечных заболеваний, вызванных некоторыми видами условно-патогенных микробов.

Материалы и методы исследования. Проведен клинико-лабораторный анализ у 89 детей первого полугодия жизни, лечившихся в инфекционном отделении клинической больницы N1 г. Донецка. Всем детям проводилось бактериологическое исследование кала на патогенную и условно-патогенную флору.

Лабораторные исследования проводились дважды - при поступлении (пик клинических проявлений) и в периоде реконвалесценции (14 - 28-й день болезни).

Результаты и обсуждение.

Наблюдаемые дети по возрасту распределились следующим образом: до 1 месяца - 5, 1 - 3 мес. - 25, 3 - 6 мес. - 59 человек. Легкая форма кишечной

инфекции была зарегистрирована у 5 детей (5,6%), среднетяжелая - 32 (36 %) и тяжелая - у 52 (58,4%). Кишечное заболевание, обусловленное клебсиеллой - клебсиеллез, отмечено у 27 больных, заболевание, вызванное родом протей - протеоз, зарегистрировано у 25 детей, энтеробактериоз - заболевание обусловленное бактериями рода энтеробактер, отмечено у 21 больных. У 78 детей возбудители были выделены на 1-й неделе заболевания, на 2-й неделе болезни частота их выделения значительно уменьшилась (11 детей) и по исчезновению клинических симптомов, ко времени выписки из стационара, возбудители не определялись.

Для сравнения клиники также наблюдались больные кишечной колиинфекцией - 16 детей. У многих больных отмечали неблагоприятный преморбидный фон (недоношенность, энцефалопатия, гипотрофия и т.д.).

К моменту заболевания 77,9% больных находились на искусственном или смешанном вскармливании. За 1 - 3 дня до появления дисфункции кишечника у 27,5% детей наблюдались слабо или умеренно выраженные катаральные явления в виде ринита, покашливания, или подъема температуры до субфебрильных цифр. В ходе кишечного заболевания еще у 30,6% больных появились признаки ОРВИ, иногда присоединялся отит, пневмония, что усугубляло течение основного процесса.

Клиника кишечного заболевания складывалась из общеинфекционных симптомов и местных проявлений. Заболевание начиналось обычно остро. Изменялось поведение детей: они становились беспокойными (76,6%), были капризными и раздражительными. У четверти больных снижался аппетит, отмечались срыгивания(49,7%), рвота (36 - 46%), побледнение кожи и повышение температуры тела (64 - 91,7%). Ряд ведущих симптомов имели свои особенности в зависимости от этиологического фактора и возраста. Так, высокая температура зарегистрирована при колиинфекции в 92,6% случаев, при клебсиеллезе - в 44,6%, при протеозе - в 61,3%, а при энтеробактериозе - у трети больных.

В периоде новорожденности температура оставалась нормальной или повышалась до субфебрильного уровня. Упорные продолжительные срыгивания характеризовали, в основном, клебсиеллез (58,1%), при протейном энтероколите в 47% случаев отмечалась рвота, а при колиинфекции у половины детей в течение 3 - 4 дней продолжалась упорная рвота.

Жидкий стул отмечался у всех больных. При колиинфекции практически у всех детей стул был водянистый (92,5%). При клебсиеллезе в первые 2-3 суток почти у половины детей (43,4%) наблюдался обильный водянистый стул, почти не содержащий каловых масс. В 2,4% случаев отмечен гемоколит. При энтеробактериозе и протеозе стул, в основном, - колитный (50%), а у трети больных при протейном энтероколите был выражен гемоколит. Примесь крови в стуле обнаруживали, в основном, у детей в возрасте 1 - 3 месяцев жизни.

Симптомы токсикоза с эксикозом в первые дни заболевания развились при колиинфекции в 68,9% случаев, в 23% - при энтеробактериозе, в 19,6% - при протеозе и только в 5,6% случаев - при клебсиеллезе. В период

новорожденности и в возрасте 1-2 месяца при клебсиеллезе в 21,8% случаев было отмечено появление или усиление желтухи, а при энтеробактериозе - в 11,5%. Периферическая гемодинамика нарушалась у половины больных кишечной колиинфекцией (56,4%), и только у четверти больных энтероколитом, вызванным условно - патогенными микробами.

Таким образом, при сопоставлении основных симптомов кишечных инфекций, обусловленных условно-патогенными и патогенными микробами, выявлены некоторые особенности клиники заболеваний, на основании которых возможно провести ранний дифференциальный диагноз.

Выводы.

Острые кишечные инфекции, вызванные условно-патогенными микробами, у детей раннего возраста протекают в тяжелой и среднетяжелой форме.

Примесь крови в стуле чаще отмечается у детей 1-3 месяцев жизни и чаще при протеозе.

Литература

1. Богомолов Б. П., Козлова Т. Г. Диагностическое значение условно-патогенных бактерий при острых кишечных инфекциях.- //Терапевт. Архив.- 2008.-Т.59.-С.52-57.

2. Кузнецов В. И., Сененко В. И., Бахарева Л. П. Этиологическая структура острых кишечных инфекций, вызванных условно-патогенными микроорганизмами // Лаб. дело.-2012.-N4.-С.62-64.

3. Мнацаканов С. Т., Коципян М. Е. О выделении условно-патогенных энтеробактерий у детей раннего возраста // Журнал микробиол.- 2009.-N8.- С. 106 - 108.

4. Husebye E., Skar V., Hoverstad T., Iversen T., Melby K. Abnormal intestinal motor patterns enteric colonization with gram-negatiwe bacilli in late radiation enteropathy // Gastroenterology.-2009.-V.109 (4).- P.1078-1089.

Резюме. На прикладі 89 дітей першого півріччя життя при зіставленні основних симптомів кишкових інфекцій, обумовлених умовно-патогенними мікробами та патогенними, виявлені деякі особливості клініки хвороби, на основі яких можливо провести ранній диференціальний діагноз.

Ключові слова: діти, умовно-патогенні мікроорганізми, клініка.

CLINIC FEATURES OF INTESTINAL INFECTION CONTAMINATIONS CALLED BY THE CONDITIONALLY - PATHOGENIC MICROORGANISM IN CHILDREN OF EARLY AGE

Kucherenko N.P., Alchieva E.I.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary/ On an example 89 children of the maiden half-year of life by confrontation of basic signs of intestinal infection contaminations conditioned by conditionally - pathogenic and pathogenic microbes, are detected some features of clinic of illness, on the basis of which one it is possible to conduct the early differential diagnosis.

Keywords: children, conditionally - pathogenic microorganism, clinic.

УДК 616.3 – 072.8/079.2

ЭХОГРАФИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Лепихов П.А., Турпакова Г.Н., Мальцева Ю.В.Старичков А.Г
Областная детская клиническая больница, г. Донецк

Резюме. В статье представлены преимущества ультразвуковой диагностики при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта перед другими визуализирующими методами диагностики и роль данного метода в современной детской гастроэнтерологии.

Ключевые слова. Ультразвуковая диагностика, заболевания желудочно-кишечного тракта.

До недавнего времени ультразвуковая диагностика желудочно-кишечного тракта считалась проблематичной из-за содержания большого количества газа в полых органах. По мере усовершенствования УЗ приборов и новых фармакологических препаратов появилась возможность визуализировать стенки желудка, тонкого и толстого кишечника, видеть перистальтику желудочно-кишечного тракта, изучать моторно-эвакуаторную деятельность ЖКТ, следить за эволюцией морфофункциональных изменений различных отделов пищеварительной системы.

Опухолевые заболевания ЖКТ

- Аденокарцинома
- Саркома
- Синдром Пейтца –Эгерца
- Лимфома

Неопухолевые заболевания ЖКТ

- Воспалительные (колит, энтероколит, болезнь Крона, язвенно-некротическийэнтероколит, острый аппендицит)
- Аномалии развития ЖКТ (синдром Ледда, атрезии кишечника, удвоение пищеварительного тракта, дивертикулез)
- Инвагинвагинация кишечника

До недавнего времени для диагностики опухолевых заболеваний ЖКТ использовались лишь традиционные методики:

* Рентгенография
* КТ, МРТ
* Эндоскопия, капсульная эндоскопия
* Лабораторная диагностика – гастропанель
* Ультразвуковая диагностика

Основная цель этих методов диагностировать заболевание быстро, с высокой точностью и обеспечить дифференциальный диагноз без лапаратомии.

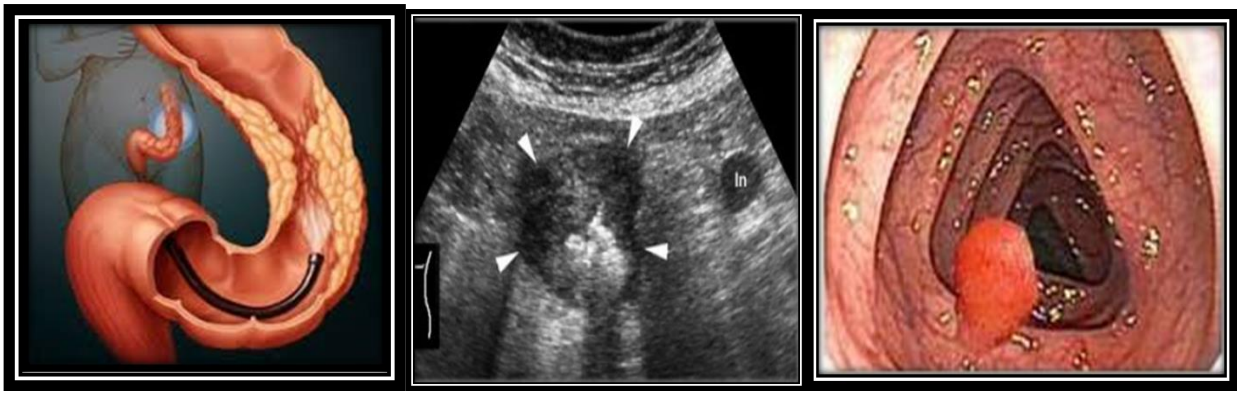
Каждый метод имеет свои преимущества и недостатки.

Принципиальными преимуществами ультрасонографии являются: быстрота, неинвазивность, относительно низкая стоимость (60$ против 400$ при СТ), отсутствие ионизирующей радиации, возможность повторных исследований, способность оценить васкуляризацию, используя цветной допплер, получение динамической информации при компрессии, а также

исключить другую патологию ЖКТ.

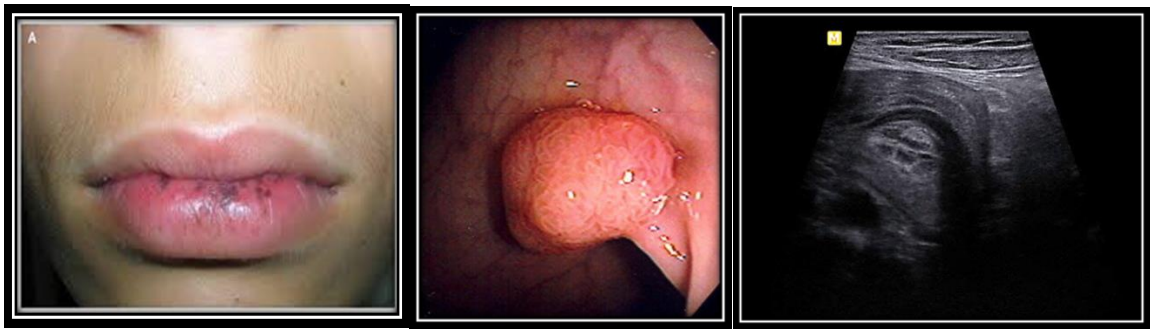
Опухоли тонкой кишки редко встречаются у взрослых и относительно редко у детей. Доброкачественные опухоли могут быть полипообразными и входить в состав полипозного синдрома, например, синдрома Пейтца-Эгерца. Злокачественные опухоли могут быть первичными или метастатическими. Опухоли могут иметь вид тканевого образования или «мишени». Тканевое образование находится внутри просвета кишки или в ее стенке. Обычно определяется толстый эхопрозрачный ободок, хотя вся структура может быть гетерогенной. Опухоли могут вызывать обструкцию тонкой кишки с расширением проксимального отдела кишечника.

Опухоли толстого кишечника проявляются тканевыми образованиями с утолщенной гипоэхогенной наружной стенкой, которая может быть гетерогенной и центральным эхогенным очагом. Опухолевая инвазия приводит к неравномерному утолщению стенки кишки до 15 мм и более, что эхографически проявляется наличием гипоэхогенного образования округлой или неправильной формы с ровными или неровными контурами. Характерно отсутствие перистальтики в зоне расположения опухоли и определяется симптом поражения полого органа, без нормального слоистого изображения стенки кишки. При допплерографии наблюдается васкуляризация с наличием разнонаправленных артерий и вен (Рисунки 1, 2, 3).



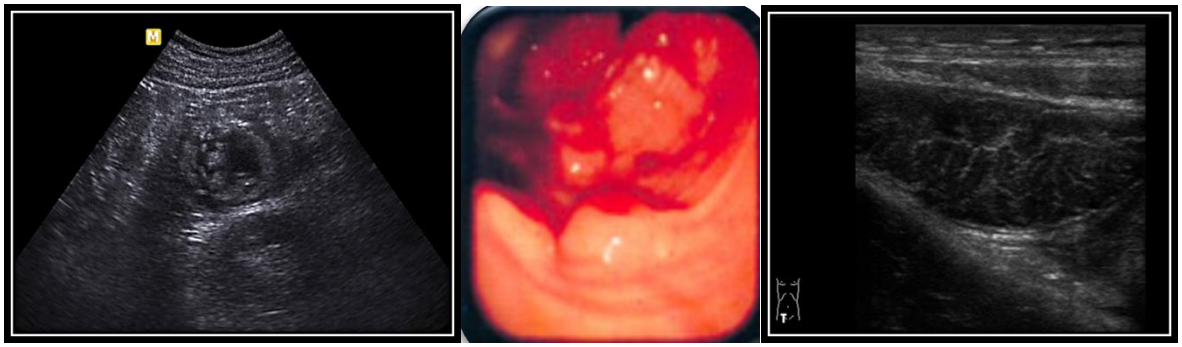
Рисунки 1, 2, 3. Опухоли толстого кишечника

Синдром Пейтца-Егерса - наследственное заболевание, характеризующееся сочетанием полипов ЖКТ, пигментации кожи и/или слизистых оболочек. Заболевание передаётся путём наследования доминантного гена по Менделю. Слизисто-кожная пигментация представлена в виде веснушчатых пятен, локализующихся в основном на губах и слизистой оболочке щёк, а также на фалангах пальцев. Преимущественной локализацией полипов является тонкая кишка, но они встречаются также в желудке и толстой кишке. Полипы могут быть солитарными, но обычно они множественные. В большинстве случаев общее количество полипов не так велико, как при семейном полипозе и насчитывает около дюжины (Рисунки 4, 5, 6).



Рисунки 4, 5, 6. Синдром Пейтца-Егерса

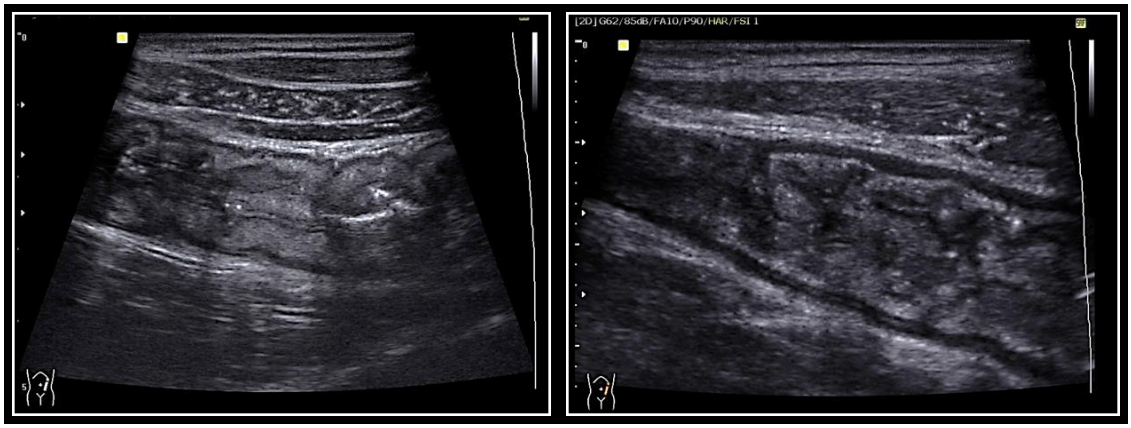
Злокачественная лимфома ЖКТ (Рисунки 7, 8, 9) может быть первичным поражением, а также вторичным проявлением генерализованного процесса. Первичные лимфомы возникают из лимфоидной ткани подслизистого слоя кишки. Общепринятой классификации неходжкинских лимфом нет . Первоначальная классификация неходжкинских лимфом включала лимфосаркому, ретикуло-клеточную саркому и гигантофолликулярную лимфобластому. Из литературы известно, что эту классификацию Раппопорт составил ещё в 1957 г. Фолликулярные лимфомы развиваются из дифференцированных клеток или из клеток центров размножения. Они представлены узловой или фолликулярной моделью роста, их можно отличить от реактивной фолликулярной гиперплазии. Диффузная лимфома представлена диффузной моделью роста. Гистологическая картина болезни Ходжкина вариабельна и характеризуется наличием крупных опухолевых клеток (клетки Рида-Стернберга).



Рисунки 7, 8, 9. Злокачественная лимфома толстой кишки. Маленькие полиповидные опухоли на широком основании с характерным втяжением в центре.

Неопухолевые заболевания ЖКТ

Острый энтероколит. Чаще всего наблюдаются катаральная и катарально-фолликулярная формы, реже дифтеритическая и весьма редко гангренозная, осложняющая алиментарную дистрофию (при этом нередко наблюдается прободной перитонит). Катаральная и катарально-фолликулярная формы сопровождаются отеком слизистой оболочки и точечными кровоизлияниями в ней, наложениями на поверхности слизи, фибрина. Сосуды расширены, эпителий слущивается. Воспалительный процесс распространяется также на мезентериальные лимфатические сосуды (Рисунки 10, 11).



Рисунки 10,11. Слизистый слой кишечника утолщен, отечен в виде эхопозитивной полосы с неровными контурами, подчеркнутым рельефом, просвет кишки сомкнут. Перистальтика усилена.

Болезнь Крона - хроническое рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта, характеризующееся неспецифическим гранулематозом и некрозом.

Под болезнью Крона ранее подразумевали неспецифическое гранулематозное поражение лишь конечного отдела тонкой кишки и поэтому называли ее терминальным (регионарным) илеитом. В дальнейшем было показано, что характерные для этой болезни изменения могут возникать в любом отделе желудочно-кишечного тракта (Рисунки 12, 13).

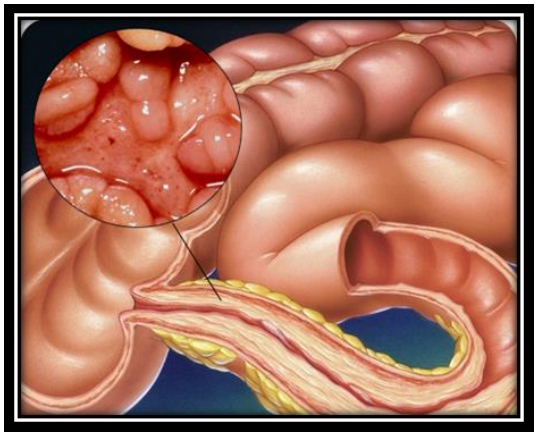


Рисунок 12. Ганулемы кишечника, «булыжная мостовая», макроскопическая картина воспалительных изменений кишки.



Рисунок 13. Продольное сканирование фрагмента кишки. Определяется резкий отек стенки кишки, толщина стенки составляет 5-7 мм, просвет кишки сомкнут.

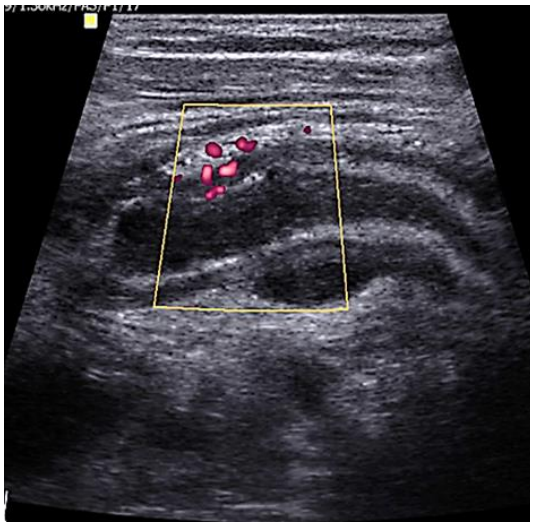
Острый аппендицит

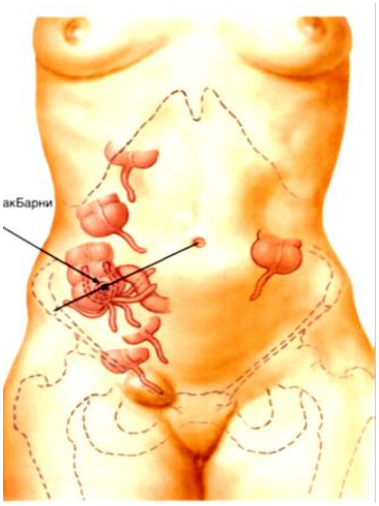
В большинстве случаев диагностика острого аппендицита не представляет трудностей. В тоже время опытные клиницисты могут вставать в тупик при диагностике острого аппендицита и не гарантированы от диагностических ошибок.

Несмотря на стремительное внедрение в медицину новых технологий улучшающих диагностику, количество послеоперационных осложнений остается достаточно высоким -5-9 %,

Летальность стабильно составляет 0,1-0,3%.

Учитывая высокую чувствительность УЗИ в оценке мягкотканых структур, ультрасонография применяется, как первое средство для диагностики острого аппендицита и диф. диагностики у пациентов с острой абдоминальной болью (Рисунки 14, 15).



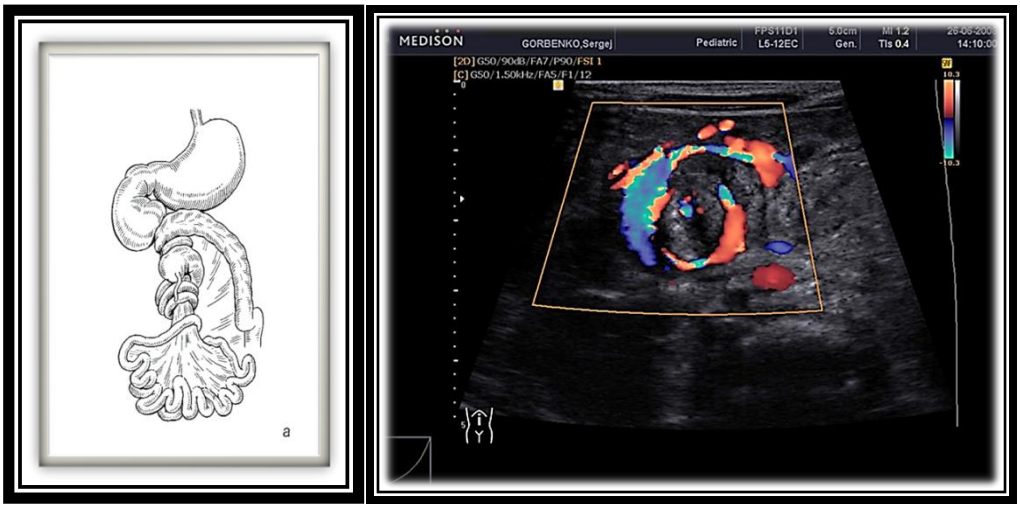


Рисунки 14, 15. Воспаленный аппендикс имеет вид слепо заканчивающейся тубулярной структуры на продольном скане и мишени на поперечном скане, без перистальтики и не поддающийся компрессии, с максимальным наружным диаметром более 6 мм.

Синдром **Ледда** включает незавершенный поворот кишечника, гиперфиксацию двенадцатиперстной кишки и заворот средней кишки и является одной из наиболее частых причин полной или частичной кишечной непроходимости в периоде новорожденности.

Традиционная диагностика основана на оценке клинического состояния ребенка и данных рентгенологического обследования.

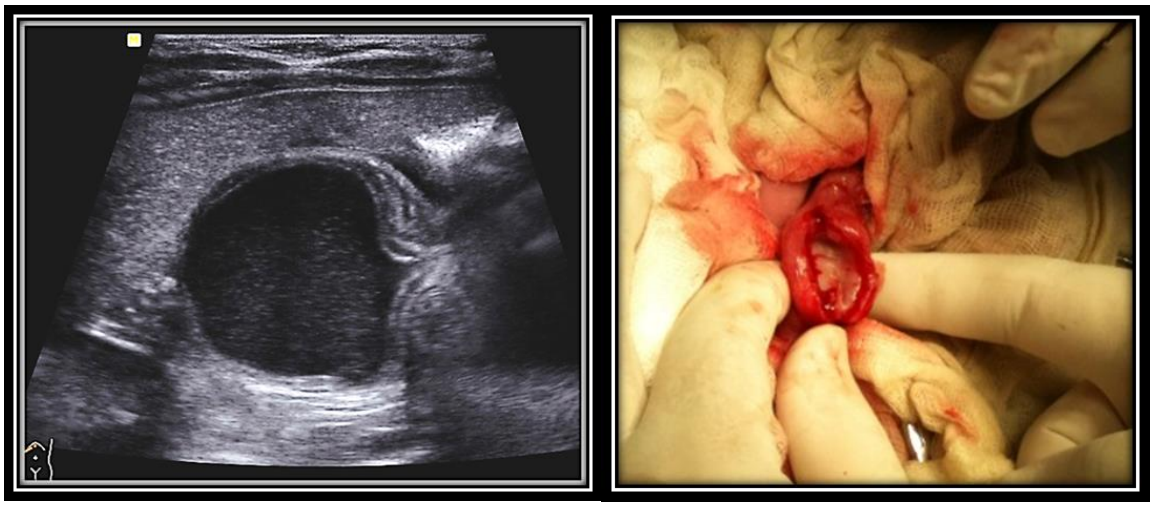
Во время УЗИ, при прицельном поперечном сканировании в эпигастрии несколько правее средней линии выявляется округлой формы аперистальтическая слоистая структура обычно до 20 мм в диаметре, состоящая из фрагментов кишечника и дилатированных до 3-4 мм сосудов. Подобная эхографическая картина обусловлена собственно заворотом брыжейки, т.е. тем компонентом синдрома Ледда, который не идентифицируется при рентгенологическом исследовании (Рисунки 16, 17).



Рисунки 16, 17. Синдром Ледда

Удвоения пищеварительного тракта составляют группу редких пороков развития, которые существенно различаются по внешнему виду, локализации, размерам и клиническим проявлениям.

Удвоения бывают кистозными и дивертикулярными (трубчатыми) и могут локализоваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта от корня языка до анального канала (Рисунки 18, 19).



Рисунки 18, 19. Удвоения пищеварительного тракта

Инвагинация кишечника — выделяемый в отдельную нозологическую форму вид, непроходимости кишечника причиной которого является внедрение одной части кишечника в просвет другой. Этот вариант кишечной непроходимости встречается преимущественно у детей грудного возраста (85-90 %), особенно часто в период с 4 до 9 мес. У детей старше 1 года инвагинация наблюдается редко и в большинстве случаев бывает связана с органической природой (дивертикул подвздошной кишки, гиперплазия лимфоидной ткани, полип, злокачественное новообразование и др.). Инвагинация кишечника определяется как аперистальтичная структура формирующая в поперечном сечении картину «мишени» (Рисунки 20, 21).



Рисунки 20, 21 . Инвагинация кишечника

Литература:

1. Быковский В.А. Эхография при абдоминальной патологии у детей (протоколирование результатов исследований).-1-е изд.-М.: Реальное время, 2001г.

2. Васильев А.Ю., Ольхова Е.Б. Ультразвуковая диагностика в неотложной детской практике. Руководство для врачей/ Москва издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» 2010. – с. 321 – 368.

3. Pediatrik Ultrasound . How, Why and When. Rose de Bruyn. Edinburgh London New York Oxford Philadelphia 2005.

Резюме. У статті представлені переваги ультразвукової діагностики при деяких захворюваннях шлунково-кишкового тракту перед іншими візуалізуючіми методами діагностики і роль даного методу в сучасній дитячій гастроентерології.

Ключові слова. Ультразвукова діагностика, захворювання шлунково-кишкового тракту.

ECHOGRAPHY OF THE GASTROINTESTINAL TRACT

Lepihov P.A., Turpakova G.N., Maltseva J.V.Starichkov A.G.,
Regional Children's Clinical Hospital, Donetsk.

Sammary. The paper presents the advantages of ultrasonic diagnosis in certain diseases of the gastrointestinal tract before other visualization methods of diagnosis and the role of this method in modern Pediatric Gastroenterology.

Keywords. Ultrasound diagnosis, disorders of the gastrointestinal tract.

УДК: 616.5-002.525-0 18.2+615.831.41.6]-0532

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ФЕНОТИПИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Максимова С.М., Самойленко И.Г., Бухтияров Э.В.,
Максимова Н.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме: В статье описанасовременная тенденция фенотипирования бронхиальной астмы (БА) у взрослых и у детей. Выделение фенотипов БА определяет индивидуальный подход к ведению каждого пациента с целью достижения уровня контроля заболевания и

позволяет выйти на целевую фенотип-специфическую терапию БА.

Ключевые слова: бронхиальная астма, фенотипы, эндотипы, дети.

По материалам Европейского респираторного общества прогресс в понимании астмы и её скрытых механизмов, а также предупреждение её возникновения и лечение являются «все еще недосягаемой мечтой». [1]

Понятие «фенотип» заболевания характеризует особенности его клинического течения без прямой связи с его патофизиологическими механизмами. В то же время, «эндотип» болезни обязательно учитывает разные патогенетические механизмы. Астма-эндотипы характеризуют подтипы или субтипы заболевания, которые базируются на клеточных и молекулярных механизмах с учетом биомаркеров воспаления. Определение биомаркеров в разных биологических жидкостях способствует лучшему пониманию патологического процесса, позволяет индивидуализировать лечение больных с бронхиальной астмой.

Под фенотипами БА у детей следует понимать выделение отдельных групп (когорт) детей с возрастными, патогенетическими, клиническими особенностями этого заболевания, которые целесообразно учитывать при диагностике, подборе индивидуальной терапии и организации наблюдения этих больных. [2, 3].

В настоящее время фенотипирование БА проводят на основании совокупности клинических, генетических и биологических маркеров. Клиника БА у детей в разных возрастных группах имеет отличия, поэтому выбор методов диагностики и тактики лечения должен быть основан на возрасте, ибо он является наиболее значимым критерием. [4]. У детей раннего возраста персистирование симптомов астмы является основным критерием тяжести заболевания. Если у ребенка раннего возраста симптомы обструкции отмечались в большинство дней недели на протяжении последних трех месяцев, то после исключения иных причин у ребенка диагностируют персистирующую младенческую обструкцию [5, 6].

В дошкольном возрасте вирусы являются наиболее частыми триггерами. Если симптомы в большинстве случаев возникают после простуды, наиболее вероятна вирус-индуцированная БА. Возможна провокация приступов бронхиальной астмы физической нагрузкой. Важным для постановки диагноза является отчетливый положительный эффект от применения бронходилятаторов и ингаляционных кортикостероидов, а также возврат симптомов после отмены этой терапии. В то же время в этой возрастной группе может проявиться фенотип аллерген-индуцированной БА.

Критерии дифференциации фенотипов у детей школьного возраста такие же, как и у дошкольников. Но аллерген-индуцированная БА встречается чаще, и более явная (в том числе сезонность обострений). У пациентов этого возраста вирус-индуцированная БА тоже достаточно распространена.

В подростковом возрасте атопическая БА может впервые проявиться, но может развиться и неатопическая БА. В этом возрасте нередко меняется тяжесть течения бронхиальной астмы, часть детей «перерастают» заболевание,

но при этом могут возникнуть дополнительные проблемы при выборе тактики ведения. Многие подростки сопротивляются регулярному приему лекарств, у них появляются вредные привычки (табакокурение и др.). У подростков часто приступы провоцируются физическими нагрузками, различными неспецифическими и психоэмоциональными факторами. [7, 8]

Генетическое деление по фенотипам проводят на основании генетических факторов, способствующих развитию астмы. Известны около 50 генов, среди которых выделяют главные гены, гены-модификаторы и гены-кандидаты. [9]. Выделены гены, ответственные за развитие атопии, гиперактивности бронхов, которые определяют степень ответа на терапию. Выделены хромосомные регионы, определяющие концентрацию общего IgE и положительный кожный тест. Но преобладающей ассоциации среди этих регионов нет. По-видимому, этим объясняется гетерогенность заболевания и вариабельность течения. Доказано влияние полиморфизма гена АД R β_2, определяющего вероятность развития тяжелой бронхиальной астмы. У гомизиготных больных с таким вариантом гена быстро теряется чувствительность к β_2-агонистам и требуется переход на гормональную терапию. Взаимодействие различных генов атопии определяет характер течения БА. Наличие у пациентов генов, кодирующих 1L-13 и 1L4RA (основных молекул Th ответа), увеличивает риск развития бронхиальной астмы более, чем в 2,5 раза по сравнению с пациентами, имеющими только 1 ген.

Таким образом, результаты фенотипирования позволяют объяснить вариативность и клинические особенности течения болезни, различную чувствительность к терапии. Однако, для практической деятельности эти данные не имеют существенного значения.

Более значимым является деление по фенотипам на основе биологических особенностей. Биофенотипы БА или воспалительные фенотипы БА отражают тип воспаления дыхательных путей или преимущественный тип клеток, вовлеченный в это воспаление. Исследования индуцированной мокроты, проведенные среди взрослых больных бронхиальной астмой, позволяют выделить следующие фенотипы: эозинофильный, нейтрофильный, смешанный и агранулоцитарный. [10]

Эозинофильный фенотип (эозинофилы более 3% в индуцированной мокроте) считается наиболее изученным, связан с эозинофильной клеточной инфильтрацией, активацией этих клеток в очаге воспаления и выбросом агрессивных медиаторов, которые служат биологическим маркером данного воспалительного процесса.

В большинстве случаев эозинофильный фенотип БА ассоциирован с атопической формой БА, для которой характерна взаимосвязь с атопическим дерматитом и аллергическим риноконъюнктивитом, дебютом в детском возрасте и обострениями после контакта с аллергеном.

Для данного фенотипа характерно повышение экспрессии специализированных рецепторов Fce R1, имеющих высокое средство к IgE, повреждение эпителия, гиперплазия бокаловидных клеток, утолщение

ретикулярной пластины базальной мембраны и гипертрофия гладкой мускулатуры. При этом содержание оксида азота в выдыхаемом воздухе, как правило, увеличено, и было предложено определение NO в качестве маркера активности эозинофильного воспаления.

Эозинофильный фенотип встречается практически у 50% взрослых, страдающих БА. Пациенты с эозинофильным фенотипом хорошо отвечают на терапию ингаляционными кортикостероидами, течение астмы в данном случае более благоприятное.

Другой биологический фенотип БА – неэозинофильная (нейтрофильная) астма характеризуется преимущественно нейтрофильным воспалением (нейтрофилы больше 61%).

Механизм этого воспаления до конца не ясен. До сих пор неясно, является ли это следствием постоянной бактериальной колонизации или опосредовано воздействием инфекций дыхательных путей, либо развивается вследствие воздействия табачного дыма, аэрополлютантов, профессиональных сенсибилизаторов.

О распространенности нейтрофильного фенотипа астмы у детей известно мало. Нейтрофильное воспаление характерно для детей с неатопической астмой. У взрослых этот фенотип воспаления ассоциируется с такими продуктами активного воспаления, как нейтрофильная эластаза, α_1-антитрипсин, IL-8, IL-17, а поддержание нейтрофильного воспаления обусловлено ролью Th-17 клеток. Содержание NO в выдыхаемом воздухе, как правило, снижено и не может быть маркером активности воспаления. Нейтрофильный фенотип БА ассоциируется с агрессивным течение заболевания, выраженной деструкцией тканей и характеризуется низким ответом на терапию кортикостероидами. Малогранулоцитарный биофенотип (эозинофилы и нейтрофилы в пределах нормы) наименее изучен. Он характеризуется отсутствием значимого числа воспалительных клеток (эозинофилов, нейтрофилов и лимфоцитов) в дыхательных путях больных БА. Целевая фенотип-специфическая терапия БА в настоящее время активно изучается. Анти-IgE терапия с помощью селективного иммунодепрессанта омализумаба (ксолар R) – один из примеров фенотип-специфического лечения пациентов с тяжелой атопической БА. На основании недавнего обзора 8 плацебо-контролируемых исследований применение омализумаба достоверно способствует снижению дозы ГКС у больных со среднетяжелой и тяжелой атопической бронхиальной астмой.

Таким образом, бронхиальная астма – болезнь, характеризующаяся комплексом фенотипов. Классификация, основанная только на тяжести течения, плохо отражает возможные патогенетические механизмы, поэтому используется также классификация по уровням контроля. Фенотип болезни описывает клинические характеристики, но не дает представление относительно этиологии и патофизиологии заболевания. Поэтому в последнее время было предложено выделять «эндотип» астмы – подтип болезни, определяющий ее индивидуальные специфические функциональные и

патогенетические различия, клинические особенности и прогноз болезни. Выделение клинических и биологических фенотипов БА определяет индивидуальный подход к ведению каждого пациента с целью достижения максимально возможного уровня контроля над заболеванием. При тяжелом рефрактерном течении следует лечить пациента по индивидуальной программе с учетом степени контроля и клинического фенотипа астмы.

Литература:

1. Яковлева О.А., Жамба А.О. Гетерогенность и фармако-терапия бронхиальной астмы. По материалам Европейского респираторного общества // ж. «Здоровье Украины», июнь 2010, с. 34-36.

2. Курбачева О.М., Павлова К.С. Козулина И.Е.. Фенотипы и эндотипы бронхиальной астмы: от патогенеза к выбору терапии// Рос. аллергологический журнал.-2013, № 6, с. 46-51.

3. Н.М.Ненашева. Современное представление о фенотипах бронхиальной астмы / Ж. Фарматека для практикующих врачей.-2013, № 4, с. 41-46.

4. Сучасна концепція фенотипування бронхіальної астми /Т.Р.Уманець, д.м.н В.Ф. Лапшин, дмн, проф. Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України.- Київ. Здоров'я України. «Медична газета». Педіатрія №1 (28) лютий 2014.-с. 52-54.

5. Т.А.Перцева /Диагностическая трактовка понятия бронхиальная аст(мать). Фенотипы, уровни контроля над заболеванием// ж. «Пульмонология, фтизиатрия и торакальная хирургия».-2012,- № 9, с. 36-41.

6. Ласица О.И., Ласица Т.С. Бронхиальная астма в практике семейного врача.-К.: Атлант, 2011.- 263с.

7. Питер Бэрнс, Саймон Годфри. Бронхиальная астма / Перевод с английского под редакцией проф., докт. мед. наук А.И. Синопальникова.- изд. «Бином»:-Москва, 2003, 115с.

8. Уманец Т.Р, Лапшин В.Ф. Бронхиальная астма и фенотипы свистящих хрипов у детей./ ж. «Здоровье Украины». – апрель 2010, с 66-69.

9. Зайцева О.В. Бронхиальная астма и респираторные инфекции у детей. / Авторские лекции по педиатрии,-2005.

10. Лапшин В.Ф., Уманец Т.Р. Астма-фенотипы в детском возрасте//ж. «Здоровье Украины». – март 2009, № 4/1, с. 12-14

Резюме: У статті наведена сучасна тенденція фенотипування бронхіальної астми (БА) у дорослих і в дітей. Виділення фенотипів БА визначає індивідуальний підхід до ведення кожного пацієнта з метою досягнення рівня контролю захворювання й дозволяє вийти на цільову фенотип-специфічну терапію хвороби.

Ключові слова: бронхіальна астма, фенотипи, ендотипи, діти.

TRENDS AND OPPORTUNITIES PHENOTYPING OF ASTHMA IN CHILDREN

Maximova SM Samojlenko IG Bukhtiyarov EV,
Maksimova NV
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary: This article opisanasovremennaya trend phenotyping bronchial asthma (BA) in adults and in children. Isolation of asthma phenotypes determines an individual approach to each

patient management in order to achieve the level of control of the disease and allows you to get to the target phenotype-specific therapy of asthma.

Keywords: asthma phenotypes, endotipy children.

УДК: 616.4-097.3-053.2

ОСОБЕННОСТИ АНТИТЕЛООБРАЗОВАНИЯ У ДЕТЕЙ С АУТОИММУННЫМИ ЭНДОКРИННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Мацынина М.А., Слипенко А.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме. В статье представлена сравнительная оценка процессов антителообразования у детей с эндокринными заболеваниями аутоиммунного генеза, а именно сахарным диабетом 1 типа и аутоиммунным полигландулярным синдромом-3А.

Ключевые слова. Сахарный диабет 1 типа, аутоиммунный тиреоидит, аутоиммунный полигландулярный синдром-3А, антителообразование, дети.

Сахарный диабет 1 типа (СД1) занимает ведущее место среди эндокринной патологии детского возраста [1, 2, 3]. Известно, что у детей с СД1 вовлечение других эндокринных желез, встречается в 2 – 3 раз чаще, чем в общей детской популяции. Среди сопутствующих СД1 эндокринных заболеваний наиболее часто регистрируется патология щитовидной железы, в частности аутоиммунный тиреоидит (АИТ) [3, 4]. Согласно современным воззрениям сочетанное течение СД1 и АИТ рассматривается как аутоиммунный полигландулярный синдром-3А (АПС-3А), частота регистрации последнего у детей с диабетом составляет от 6 до 20% [1, 3, 4].

Цель работы. Изучить состояние процессов антителообразования у детей с эндокринными заболеваниями аутоиммунного генеза, а именно с СД1 и АПС-3А.

Материалы и методы. Для достижения цели обследовано 100 пациентов, находившихся в эндокринологическом отделении областной детской клинической больницы г.Донецка. I группу составили 81 детей с изолированным течением СД1. Во II группу вошли 19 больных с сочетанным течением СД1 и АИТ. Контрольную группу составили 30 практически здоровых сверстников. Обследованные дети репрезентативны по полу и возрасту.

Для определения концентрации антител (к глутаматдекарбоксилазе (GAD), к инсулину (IAA), к клеткам островков Лангерганса (ICA), к тиреопероксидазе (АТ-ТПО) и к тиреоглобулину (АТ-ТГ) в сыворотке крови использовался иммуноферментный анализ. Тест на наличие антител считался положительным при уровне антител, превышающем референтные значения. Референтные значения антител к глутаматдекарбоксилазе соответствовали 0 – 1 Ед/мл, к инсулину: 0 - 10 Ед/мл, к клеткам островков Лангерганса: 0 – 1, к тиреопероксидазе: 0 – 30 Ед/мл и к тиреоглобулину: 0 – 100 Ед/мл.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием системы «STATISTICA for Windows» в соответствии с типом данных и численностью исследуемой группы. Для попарного сравнения

средних значений в двух независимых группах использовали U-критерий Манна-Уитни (Mann-Whitney test). Для сравнения структуры групп в процентах использовали φ критерий Фишера (угловое преобразование Фишера).

Результаты и их обсуждение. Изучение процессов антителообразования у детей с аутоиммунными эндокринопатиями (СД1 и АПС-3А) показало, что среди антител к ткани поджелудочной железы на первом месте по частоте регистрации находятся антитела к глутаматдекарбоксилазе (GAD), которые обнаружены с одинаковой частотой при изолированном течении СД1 (у 47 из 81 больных - 58,0%) и при сочетанном течении СД1 и АИТ (у 11 из 19 пациентов - 57,9%). Антитела к инсулину (IAA) определялись у 45 из 81 обследованных I группы (55,5%) и у 10 из 19 II группы (52,6%). Антитела к клеткам островков Лангерганса (ICA) выявлены более чем у половины детей с диабетом (у 43 из 81пациентов - 53,1%) и у 8 из 19 обследованных с АПС-3А (42,1%). Полученные результаты статистически существенно отличались от полученных при исследовании соответствующих АТ у 30 здоровых детей контрольной группы ($p < 0,001$).

Таким образом, среди антител к ткани поджелудочной железы при СД1 и АПС-3А на первом месте по частоте регистрации находились антитела к глутаматдекарбоксилазе, на втором - антитела к инсулину и на третьем - антитела к клеткам островков Лангерганса. Однако частота встречаемости АТ-ICA оказалась достоверно ниже при АПС-3А чем при СД1, что говорит о их меньшей диагностической значимости.

Вторым этапом изучения процессов антителообразования у детей с аутоиммунными эндокринопатиями явилась оценка частоты встречаемости тиреоидных антител (АТ-ТПО, АТ-ТГ). Антитела к тиреопероксидазе определены у 21 из 81 обследованных при СД1 (25,9%) и у 15 из 19 больных с АПС-3А (78,8%). Антитела к тиреоглобулину зарегистрированы в 19,7% случаев СД1 (16 из 81) и у 1/3 (7) пациентов с АПС-3А (36,8%). Полученные результаты статистически существенно отличались от полученных при исследовании соответствующих АТ у 30 здоровых детей контрольной группы ($p < 0,001$).

Подводя итоги, следует констатировать, что среди антител к ткани щитовидной железы при аутоиммунных эндокринопатиях (СД1 и АПС-3А) на первом месте по частоте регистрации находятся антитела к тиреопероксидазе, а на втором - антитела к тиреоглобулину. Следует отметить, что при сочетанном течении СД1 и АИТ частота регистрации тиреоидных антител достоверно выше чем при изолированном течении СД1.

Выводы. О развитии аутоиммунного тиреоидита у детей, страдающих сахарным диабетом 1 типа, с наибольшей вероятностью свидетельствует одновременное обнаружение антител к глутаматдекарбоксилазе и тиреопероксидазе.

Литература:

1. Будрейко Е. А. тиреопатиии у детей и подростков, больных сахарным

диабетом, обоснование подходов к их лечению / Е. А. Будрейко // Соврем. педиатрия. – 2004. – № 4(5). – С. 118-120.

2. Кравчун Н. А. Современный взгляд на сочетанную аутоиммунную патологию / Н. А. Кравчун, И. В. Чернявская // Проблемы эндокрин. патологии. – 2008. – № 1. – С. 84-91.

3. Kordonouri O. Predictivity of thyroid autoantibodies for the development of thyroid disoders in children and adolescents with Type 1 diabetes / O. Kordonouri, D. Deiss, T. Danne [et al.] // Diabet. med. – 2002. – Vol. 19, № 6. – P. 518-521.

4. Radaiden A. R. Thyroid function and thyroid autoimmunity in patients with type 1 diabetes mellitus / A. R. Radaiden // Saudi Med. J. – 2003. – Vol. 24, № 4. – P. 352-355.

Резюме. В статті надана порівняльна оцінка процесів антитілоутворення у дітей з ендокринними захворюваннями автоімунного ґенеза, а саме цукровим діабетом 1 типу та автоімунним поліґландулярним синдромом-3А.

Ключові слова. Цукровий діабет 1 тип, автоімунний тиреоидит, автоімунний поліґландулярний синдром-3А, антитілоутворення, діти.

PECULIARITY OF ANTIBODIES FORMATION PROCESS AT CHILDREN WITH AUTOIMMUNE ENDOCRINE DISEASES

Matsynina M.A., Slipenko A.A.

Summary. Comparative evaluation of antibodies formation process at children with endocrine diseases of autoimmune genesis, I type diabetes and autoimmune polyglandular syndrome 3A is presented in the article.

Key words. I type diabetes, autoimmune thyroiditis, autoimmune polyglandular syndrome 3A, antibodies formation, children

УДК 616.9-053.2:340

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРВОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ДОНЕЦКОМ РЕГИОНЕ

Медведева В.В., Гончарова Л.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье представлены результаты регистрации парвовирусной инфекции (инфекционной эритемы) на территории Донецкой области. Показано, что в 2014 г. антитела класса IgM и IgG к парвовирусу В 19 (PV B19) определялись в сыворотках крови больных экзантемными заболеваниями в среднем в 50% случаев. Обсуждается вероятность ошибок клинической диагностики парвовирусной инфекции, подчеркивается важность вирусологического надзора за экзантемными вирусными инфекциями на современном этапе.

Ключевые слова: парвовирус В19, регистрация парвовирусной инфекции, клинико-лабораторная диагностика.

Синдром экзантемы один из наиболее часто встречаемых клинических проявлений инфекционных заболеваний. Сходство клинической картины при инфекционных экзантемах во многих случаях делает постановку диагноза затруднительной на основании только клинических данных. Одной из наиболее распространенных экзантемных инфекций, клинически сходных с краснухой, является парвовирусная инфекция или инфекционная эритема Чамера.

Согласно МКБ 10 парвовирусная инфекция человека регистрируется под шифром В08.3 как «инфекционная эритема» (ИЭ). Во многих странах, это заболевание не входит в перечень инфекций, подлежащих обязательной регистрации [1, 2]. Инфекционная эритема (парвовирусная инфекция) описана более 100 лет назад немецким педиатром, однако ее возбудитель – парвовирус В19 – обнаружен в 1975 году австралийским вирусологом в сыворотке крови здорового донора. При электронной микроскопии были найдены мелкие изометрические частицы, поэтому название новому вирусу было дано с учетом его величины (parvum - маленький) и по номеру образца сыворотки крови на панели [3]. Парвовирусная инфекция широко распространена по всему земному шару и наблюдается в любой сезон года, как в эпидемическом, так и спорадическом вариантах. В умеренном климате количество вспышек инфекционной эритемы возрастает в зимне-весенний период. Основная возрастная группа, среди которой циркулирует вирус – это дети. Наиболее распространенным путем передачи является воздушно-капельный. Имеются сообщения о восходящем пути передачи – от матери к плоду и возможном заражении через препараты крови [1, 2]. Инкубационный период при парвовирусной инфекции длится 7-14 дней. Следует отметить, что инфекция примерно у 20% людей протекает бессимптомно [1]. Парвовирус В19 (PVB19) проявляет тропизм к поздним предшественникам эритроцитов, не влияя на клетки миелоидного ростка. Парвовирус В19 действует цитопатически на клетки эритроидного ростка, что приводит к ингибированию продукции эритроцитов [3]. Имеются существенные доказательства, что парвовирус В19 может реплицироваться и в других тканях – клетках миокарда плода и лейкоцитах периферической крови. Обнаруженные особенности патогенеза парвовирусной инфекции объясняют характер клинических проявлений [1, 2].

Цель исследования – определение клинико-лабораторных особенностей парвовирусной инфекции на территории Донецкой области.

Материалы и методы

Были проанализированы случаи парвовирусной инфекции у 35 детей и исследованы сыворотки крови больных с экзантемными заболеваниями на наличие IgM – антител к вирусам краснухи и IgG и IgM-антител к PV B19 человека. Все исследованные сыворотки крови получены на основе информированного согласия пациентов. Исследование проводилось на базе медицинской лаборатории «Синэво». В работе использованы следующие коммерческие тест-системы: “recomWELL Parvovirus B19 IgM” и “recomWELL Parvovirus B19 IgG” (MICROGEN GmbH, Германия), которые применялись в соответствии с инструкциями. Статистическая обработка материалов выполнена с помощью общепринятых методов.

Результаты и обсуждение

В настоящее время в Донецкой области наблюдаются спорадические вспышки парвовирусной инфекции, преимущественно среди детей детских дошкольных и школьных учреждений. Вспышки носят затяжной характер, продолжаясь в организованных коллективах в течение нескольких месяцев. В

поликлинику с жалобами на недомогание, сыпь на руках и ногах обращались родители детей в возрасте 4-10 лет. Заболевание протекало легко, температура оставалась нормальной. В течение двух-пяти дней до появления сыпи (в это время больные наиболее заразны) клинические симптомы ограничились гиперемией ротоглотки, небольшим ринитом, фарингитом, общим недомоганием, а также субфебрильной лихорадкой. В продромальном периоде в большинстве случаев (у 70% детей) отсутствовали признаки инфекции. Однако у 30% детей отмечалась субфебрильная температура тела, недомогание, головная боль, миалгия, катаральные явления (боль в горле, насморк, кашель), лимфаденопатия (как правило, с вовлечением шейных, подчелюстных и затылочных лимфатических узлов). У всех детей заболевание началось с сыпи на коже. Первые элементы сыпи появились на щеках. Сначала на обеих щеках выявлялась ярко-красная сыпь – эритематозные очаги без четких границ, при этом вокруг рта кожа была бледная, что, было похоже на следы от пощечин. На коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательных поверхностях и на ягодицах–пятнисто-папулезная сыпь розово-красного цвета, сливающаяся в причудливый «кружевной» рисунок. Эти вторичные высыпания варьировали по выраженности и продолжительности. Через 2-4 дня сыпь исчезла, оставляя в течение недели пигментацию. В 70% случаев высыпания сопровождались зудом кожи. Иногда (в 35%) сыпь носила геморрагический характер, постепенно исчезая в течение 10 дней, не оставляя шелушения. Обращает на себя внимание тот факт, что почти у 90% больных транзиторная, рецидивирующая сыпь наблюдалась в течение 3-4 недель. Рецидивы были обусловлены инсоляцией, физическими нагрузками и стрессовыми ситуациями, воздействием воды. У всех детей течение заболевания было благоприятным, без осложнений. В семьях заболевших детей случаев заболевания с сыпью среди взрослых не отмечалось. Медработниками амбулаторий по месту жительства ребенка при осмотре на основании клинических данных первоначально был поставлен диагноз «краснуха» 33% детям, остальным 67% - «аллергический дерматит», 12% заболевших были госпитализированы в местный стационар с единственной жалобой – высыпания на коже.

По результатам гемограмм: анемия нормохромная (гемоглобин – 95г/л; эритроциты – $3{,}2\times10^{12}$/л), легкой формы выявилась у 5% детей, тромбоцитопения – у 3,5%, лимфоцитоз – у 98% детей. Остальные показатели крови были в норме.

С целью уточнения этиологии экзантемы, у заболевших были отобраны сыворотки крови для вирусологических исследований методом ИФА, определяющие специфические иммуноглобулины класса M и G против парвовируса B19. По результатам лабораторных исследований у 35% заболевших были выделены IgM-антитела к парвовирусу B19, у 50% детей – IgG к парвовирусу B19. Антитела IgM к краснухе у всех детей не были выявлены.

На фоне проведенного симптоматического лечения (гистаминолитики и сорбенты) у всех детей имел место благоприятный исход.

Полученные результаты являются предварительными, но свидетельствуют о широком распространении парвовирусной инфекции. Учитывая, что наличие IgM-антител в сыворотке крови является показателем острой инфекции, можно констатировать, что в период с февраля по май 2014 г. парвовирусная инфекция выявлена во многих регионах Донецкой области.

Выше изложенное свидетельствует о том, что, несмотря на широкую распространенность, парвовирусная инфекция до настоящего времени достаточно редко распознается практическими врачами.

Выводы:

1. Парвовирусная инфекция характеризуется неярко выраженными, общими для многих экзантемных заболеваний симптомами, что обусловливает ошибки в диагностике заболевания.

2. Широкое распространение, принадлежность к группе TORCH-инфекций, большое количество чувствительных к инфекции лиц среди женщин репродуктивного возраста – диктуют необходимость определения алгоритма лабораторной диагностики заболевания с целью осуществления эпидемиологического надзора, а в последующем – разработки методов контроля парвовирусной инфекции.

3. Лабораторное обследование пациентов с экзантемными заболеваниями является важной задачей вирусологического надзора на этапе элиминации парвовирусной инфекции PVB19.

4. Решение этой проблемы возможно при условии кооперации инфекционистов, акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров и гематологов для формирования мнения об актуальности обследования на маркеры вируса B19 с целью профилактики развития внутриутробных инфекций и хронических заболеваний крови.

5. Выраженное тератогенное действие возбудителя диктует необходимость определения чувствительности к парвовирусу B19 беременных женщин (составляющих группу риска). При отсутствии специфической профилактики наличие IgG-антител к парвовирусу B19 указывает на перенесенное ранее заболевание и наличие защиты от инфекции.

Ограниченный контингент лиц, обследованных на IgM-антитела в PVB19 в рамках данной работы, не позволяет делать какие-либо выводы об особенностях эпидемического процесса парвовирусной инфекции в Донецкой области. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Литература:

1. Клинико-лабораторная характеристика B19 парвовирусной инфекции / В.А. Матвеев, Н.В. Прощаева, Е.О. Самойлович, М.А. Ермолович // Инфекционные болезни. – 2008. – Т. 6, № 3. – С. 33–37.

2. Riipinen A. Parvovirus b19 infection in fetal deaths / A. Riipinen et al. // Clin. Infect. Dis. –2008. –V. 47, № 12. –P. 1519–1525.

3. Servant-Delmas, A. Advances in human B19 erythrovirus biology / A. Servant-Delmas et al. // J. Virol. –2010. –V. 84, № 19 –P. 9658–9665.

Резюме. У статті представлені результати реєстрації парвовирусної інфекції

(інфекційної еритеми) на території Донецької області. Показано, що в 2014 році антитіла класу IgM та IgG до парвовірусу B19 (PV B19) визначалися у сироватках крові хворих на екзантемні захворювання в середньому в 50% випадків. Обговорюється вірогідність помилок клінічної діагностики парвовирусної інфекції, підкреслюється важливість вірусологічного нагляду за екзантемними вірусними інфекціями на сучасному етапі.

Ключові слова: парвовирус B19, реєстрація парвовирусной інфекції, клініко-лабораторна діагностика.

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF PARVOVIRUS INFECTION IN THE DONETSK REGION

V.V. Medvedeva, L.A. Goncharova
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The article presents the results of registration of parvovirus infection (infectious erythema) in the Donetsk region. Demonstrated in 2014 that antibody of IgM and IgG antibodies against parvovirus B19 (PV B19) were determined in the sera of patients exanthematous illnesses in average 50%. We discuss the possibility of errors of clinical diagnosis of parvovirus infection, highlights the importance of virological supervision of exanthematous viral infection at this stage.

Key words: parvovirus B19, prevalence of parvovirus infection, clinik-laboratory diagnostic

053.2

КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С ТОРАКОДИАФРАГМАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Москалюк О.Н., Чурилина А.В., Чалая Л.Ф.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье представлены результаты обследования детей с диспластикозависимым торакодиафрагмальным синдромом. Освещены особенности морфофункциональных изменений сердца у пациентов с деформациями позвоночника и грудной клетки.

Ключевые слова: дети, торакодиафрагмальный синдром, сердце.

Кардиальные диспластикозависимые изменения, впервые проявляясь в детском возрасте, в дальнейшем прогрессируют, приводя к необратимым состояниям, определяющим качество и продолжительность жизни взрослых пациентов [1]. В этой связи представляется актуальным изучение роли внекардиальных проявлений дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в прогредиентном течении заболеваний сердечно-сосудистой системы [2]. Особое значение имеет сочетание таких проявлений ДСТ, как пролапс митрального клапана (ПМК) и торакодиафрагмальный синдром (ТДС), так как его клинические проявления не только являются наиболее частыми внешними фенотипическими проявлениями ДСТ при ПМК [3], но и приводят к изменению структурно-функциональных параметров сердечно-сосудистой системы, усугубляют проявления аритмического синдрома [4].

Целью данного исследования было изучение особенностей диспластикозависимых изменений сердца у детей с ТДС.

Материалы и методы. Было обследовано 126 детей с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДДСТ), имеющих пролапс митрального клапана. Они были разделены на две группы. В

основную группу вошли 85 детей с торакодиафрагмальным синдромом, в группу сравнения – 41 ребенок без торакодиафрагмального синдрома. Контрольную группу составили 50 здоровых детей. Диагноз ТДС устанавливался на основании критериев Г.И. Нечаевой и В.И. Яковлева (2008), ДСТ – Т.И. Кадуриной (2009), ПМК – Фремингемского исследования (1986) и «Протокола диагностики и лечения ПМК у детей» (2005).

Результаты и их обсуждение. Согласно условиям выборки, у всех пациентов с НДДСТ имел место ПМК. Торакодиафрагмальный синдром выявлен у – 85 (67,5±4,2%) обследованных. Основными внешними фенотипическими проявлениями ТДС были: деформация позвоночника – у 82 (96,5±2,0%) пациентов; деформация грудной клетки – 64 (75,3±4,6%), астеническая форма грудной клетки – 29 (34,1±5,1%). Деформация позвоночника проявлялась в форме сколиоза, который у 20% детей сочетался с кифозом. У 76 (89,4±3,3%) больных имел место сколиоз I степени, у 6 (7,1±2,8%) – II. Деформация грудной клетки имела место у 64 (75,3±4,6%) детей, в том числе воронкообразная – у 49,4% обследованных, килевидная – у 18,8%, у остальных вид деформации (передний реберный горб) определялся сопутствующим сколиозом.

При рентгенологическом обследовании у пациентов с ТДС была выявлена следующая патология: искривление позвоночного столба с ротацией тел позвонков у 82 (96,5±2,0%), спондилолистез – 27 (31,8±5,1%) детей, деформирующий спондилоартроз – 6 (7,1±2,8%), юношеский остеохондороз – 9 (10,6±3,3%), аномалии дуг позвонков – 4 (4,7±2,3%), грыжи Шморля – 6 (7,1±2,8%). Морфофункциональные особенности шейного отдела позвоночника у 29,4% пациентов сопровождались недостаточностью вертебробазилярной артериальной системы.

При проведении допплерэхокардиографического исследования пролапс митрального клапана I степени выявлен у 120 (95,2±1,9%) пациентов, II степени – у 6 (4,8±1,9%). У 115 (91,3±2,5%) детей пролабировала передняя створка митрального клапана, у 11 (8,7±2,5%) – обе створки. Пролабирование створок отмечалось в период поздней систолы. У 47 (37,3±4,3%) детей пролапс митрального клапана сопровождался митральной регургитацией: в 38 (30,2±4,1%) случаях – I степени, в 9 (7,1±2,3%) – II степени. Миксоматозная дегенерация створок имела место у 13 (10,3±2,7%) детей. Кроме ПМК, другие малые аномалии сердца (МАС) выявлены в 55 (43,7±4,4%) случаях. В структуре МАС преобладали ложные (аномально расположенные) хорды и трабекулы левого желудочка – у 45 (35,7±4,3%) пациентов. Пролапс трехстворчатого клапана выявлен у 2 (1,6±1,1%) детей, открытое овальное окно у 8 (6,4±2,2%); 14 (11,1±2,8%) пациентов имели сочетание 3-х МАС.

ПМК у детей с торакодиафрагмальным синдромом имел свои особенности. В этой группе пациентов достоверно чаще выявлена митральная регургитация – у 37 (43,5±5,4%) детей ($p<0,05$), в том числе прогрессирующая митральная регургитация II степени – у 5 (5,9±2,5%) детей, что в 2 раза выше, чем в группе сравнения ($p<0,05$). Другие малые аномалии сердца

зарегистрированы у детей основной группы в 3 раза чаще, чем в группе сравнения. В их структуре преобладали аномально расположенные хорды и трабекулы левого желудочка, которые имели место у 38 (44,7±5,4%) пациентов с ТДС ($p<0,05$). Открытое овальное окно выявлено у 7 (8,2±2,9%) детей с ТДС ($p<0,05$). При этом сочетание 3-х малых аномалий сердца достоверно чаще имели дети с торакодиафрагмальным синдромом – в 12 (14,1±3,8%) случаев ($p<0,05$).

При изучении морфометрических параметров сердца выявлено, что в основной группе достоверное уменьшение диаметра левого предсердия имели 38 (44,7±5,4%) обследованных ($p<0,01$), конечно-диастолического диаметра и конечно-диастолического объема левого желудочка – 29 (34,1±5,1%; $p<0,05$), конечно-систолического диаметра и конечно-систолического объема левого желудочка – 31 (36,5±5,1%; $p<0,05$). Одновременное уменьшение всех морфометрических параметров левых камер сердца при нормальной систолической и диастолической толщине стенок и межжелудочковой перегородки выявлено у 29 (34,1±5,1%) детей ($p<0,05$) с торакодиафрагмальным синдромом. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у этих пациентов имело место «капельное сердце» с уменьшением поперечных размеров. Диспластическое малое сердце было характерно для детей астенического телосложения с высоким ростом и узкой грудной клеткой. Следовательно, у обследованных нами детей с торакодиафрагмальным синдромом диспластикозависимые изменения сердца были представлены не только малыми аномалиями, но и малыми размерами.

Выводы. Таким образом, диспластикозависимые изменения сердца у детей с ТДС имели свои особенности. В этой группе пациентов достоверно чаще выявлен ПМК с митральной регургитацией, в том числе – прогрессирующей; в 3 раза чаще зарегистрированы другие МАС, в том числе – их сочетание. Только дети с ТДС имели диспластическое малое сердце. Выявленные кардиальные изменения необходимо учитывать при наблюдении за пациентами, имеющими диспластикозависимые деформации позвоночника и грудной клетки.

Литература:

1. Нагорная Н.В. Взаимосвязь нарушений ритма сердца и проводимости с кардиальными проявлениями синдрома дисплазии соединительной ткани у детей / Н.В. Нагорная, О.С. Карташева, А.В. Дубовая // Университетская клиника. – 2006. – №2. – С. 68-72.

2. Лікування та профілактика ускладнень при окремих варіантах дисплазії сполучної тканини у підлітків / [Богмат Л.Ф., Лебець І.С., Ахназарян Е.Л. та ін.] // Патологія сполучної тканини – основа формування хронічних захворювань у дітей і підлітків : матеріали науково-практ. конф., 20-21 жовтня 2004 р. – Харків : Харк. нац. ун-т ім. В.Н. Каразіна, 2004. – С. 18-23.

3. ACC/AHA 2006 quidelines for the management of patient with valvular heart desease. A report of the American College of Cardiology / [R.O. Bonow, R. Carabello, C. Kanu et al.] // J. Cirulation. – 2006. – Vol. 114. – P. 184-231.

4. Классификация и клиническая характеристика основных синдромов при

дисплазиях соединительной ткани / [Нечаева Г.И., Яковлев В.М., Конев В.П. и др.] // Кадурина Т.И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова – СПб.: ЭЛБИ – СПб., 2009. – С. 523-561.

Резюме. Представлені результати обстеження дітей з диспластикозалежним торакодіафрагмальним синдромом. Розглянуті морфофункціональні особливості серця у дітей з деформаціями грудної клітини і хребта.

Ключові слова: діти, торакодіафрагмальний синдром, серце.

THE CARDIAL PECULIARITIES OF CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA AT THORACODIAPHRAGMATIC SYNDROME IN CHILDREN

Moskalyuk O.N., Churilina A.V., Chalaya L.F.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The results of examinations of 126 children with thoracodiaphragmatic syndrome are presented. The morphofunctional features of heart are represented at the deformation of vertebral column and thorax .

Key words: children, thoracodiaphragmatic syndrome, heart.

УДК: 616.344-002-031.84-053.6

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ КРОНА У ПОДРОСТКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ.

Прохоров Е.В., Бельская Е.А., Шевелева В.Л.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. В статье приведены особенности течения болезни Крона у подростка, связанные, прежде всего, с наличием внекишечных проявлений, в частности, с развитием перикардита, сочетающегося с нарушением ритма сердца, процессов возбудимости.

Ключевые слова: болезнь Крона, дети, диагностика, лечение.

Болезнь Крона (БК) является одной из серьезных проблем современной гастроэнтерологии**.** Изучение данной патологии является актуальной в связи с преимущественным развитием процесса у лиц молодого возраста, тяжестью течения, возникновением опасных для жизни осложнений [1].

Встречаемость БК у детей в возрасте 10 лет составляет 35% от общего числа заболевших, в подростковом возрасте - 60%; гораздо реже это заболевание проявляется в возрасте до 7 лет [3].

За последние 20 лет отмечается рост заболеваемости БК в детском возрасте, что, в определенной мере, может быть обусловлено улучшением качества диагностики.

Согласно современным воззрениям БК - хроническое неспецифическое рецидивирующее воспаление желудочно-кишечного тракта, характеризующееся сегментарностью, трансмуральным поражением различных отделов кишечника с образованием воспалительных инфильтратов и глубоких язв, нередким развитием осложнений в виде кровотечения, перфорации, образования свищей, стриктур и перианальных абсцессов [1].

Этиологические факторы развития БК до конца не известны. Считается, что в ряде случаев развитию данной патологии предшествует стресс. Имеет

значение наследственная предрасположенность, нарушения иммунной системы, перенесенные накануне инфекционные заболевания, в т.ч. кишечные инфекции или сочетание нескольких факторов [4].

Клиническая картина БК весьма разнообразна и во много определяется локализацией процесса, его протяженностью, длительностью болезни и присоединившимися осложнениями [3,5].

Ввиду ряда особенностей клинического течения приводим собственное наблюдение БК у пациента подросткового возраста, который находился на обследовании и лечении в ОДКБ в течение последних трех лет.

В январе 2010 г. у ребенка А., 14 лет появились фебрильная лихорадка, боль и припухлость левого коленного сустава. В дебюте суставной синдром был расценен как реактивный артрит, после проведенного лечения (НПВП, десенсибилизирующие средства, физиолечение), пациент выписан из отделения с отчетливым улучшением.

Однако спустя две недели вновь появились лихорадка, боль в коленных и левом лучезапястном суставах, снижение аппетита, значительная потеря массы тела. Лечение по месту жительства положительного эффекта не принесло, ввиду чего пациент госпитализирован в ОДКБ в тяжелом состоянии с проявлениями интоксикации, фебрильной лихорадкой, анемизацией, признаками белково-энергетической недостаточности, явлениями олигоартрита и, присоединившегося к тому времени, колитом.

Ввиду полиорганной симптоматики в круг заболеваний для дифференциальной диагностики вошли системные болезни соединительной ткани, текущий инфекционный процесс, иммунодефицитное состояние.

Принимая во внимание прогрессирующую потерю массы тела, нарушение частоты и характера стула с изменениями в копрограмме в виде увеличения количества лейкоцитов до ½ в поле зрения, установленное с помощью СКТ гранулематозное воспаление слизистой желудочно-кишечного тракта от верхних отделов до ануса в виде фолликулярного бульбита и гранулем анального канала, преимущественно правостороннюю локализацию патологического процесса на уровне восходящего отдела тонкого кишечника в виде циркулярного его утолщения и отсутствия контрастирования, диагностирована болезнь Крона.

На фоне проводимой терапии: диета №4, ГКС (1 мг/кг), препарат 5-АСК (40 мг/кг), цефалоспорины III поколения, симптоматическое лечение (ферменты, пробиотики, витамины, дезинтоксикационная терапия, железосодержащие препараты), отмечена положительная динамика. Купировались лихорадка, интоксикационный синдром, явления артрита, улучшился аппетит, появилась прибавка в весе. Больной выписан из клиники под наблюдение гастроэнтеролога по месту жительства.

В августе 2011 г. ввиду несоблюдения диеты и самостоятельного снижения дозы ГКС у подростка развился рецидив заболевания, в связи с чем повторно госпитализирован в ОДКБ. Увеличение дозы ГКС до терапевтической позволило купировать обострение иммуновоспалительного процесса. В

удовлетворительном состоянии пациент выписан из отделения.

В течение последующих 18 месяцев больной продолжал систематически нарушать режим, отказывался от приема рекомендованных препаратов. В итоге, в январе 2013 г. состояние его начало ухудшаться. Появились боли в животе, учащенный неустойчивый стул, повышение температуры до фебрильных и субфебрильных цифр, полиартрит, стоматит, болезненность и припухлость в перианальной области. Прогрессировала потеря веса.

С очередным рецидивом заболевания пациент поступил в ОДКБ в июне 2013 г. Тяжесть состояния была обусловлена интоксикационным, анемическим, суставным синдромом в виде полиартрита лучезапястных, локтевых, голеностопных и мелких суставов кистей, хроническим расстройством питания. Присоединились явления афтозного стоматита, ангулярного хейлита. Аускультативно выслушивался грубый систолический шум над всей предсердечной областью, тахиаритмия. Констатирована гепатомегалия. В перианальной области обнаружены два свищевых хода с гнойным отделяемым. При обследовании выявлены железодефицитная анемия средней степени тяжести, палочкоядерный нейтрофилез, повышение СОЭ и уровня СРБ. Копрограмма: стеаторея, лейкоциты до 20 - 25 в п/зр, эритроциты – 3 - 4 в п/зр.

Несмотря на проводимую терапию в виде увеличения дозы ГКС до 1,2 мг/кг/сутки, назначения 5-АСК (салофальк) - до 80 мг/кг/сутки, антибактериальных средств, ревизию параректальных свищей, симптоматическое лечение, состояние ребенка оставалось тяжелым. Сохранялись ежедневные подъемы температуры до фебрильных цифр. Наблюдалось прогрессирование артрита левого коленного сустава, полное отсутствие активных движений в пораженных суставах, гнойное отделяемое из перианальной области.

Эхокардиография позволила установить наличие сепарации листков перикарда до 3,8 мм, а также небольшое количество выпота.

Учитывая отсутствие должного терапевтического эффекта выполнена пульс терапия солумедролом по 750 мг трижды с последующим переходом на терапевтическую дозу стероидов с одновременным назначением меронема.

На второй день наступило улучшение: нормализовалась температура, уменьшились проявления интоксикационного и суставного синдромов. Однако, на третьей неделе появилось нарушение сердечного ритма в виде тахиаритмии и экстрасистолий с параллельным повышением активности трансаминаз в 5 раз.

На ЭКГ зарегистрирован нерегулярный синусовый ритм с частотой 54 - 160 ударов в минуту с единичными суправентрикулярными полиморфными экстрасистолами. Суточное мониторирование электрической активности сердца обнаружило единичные одиночные по типу би- и тригеминии наджелудочковые экстрасистолы с интервалом сцепления в среднем 455 мс и функциональной блокадой правой ножки пучка Гиса, а также единичные одиночные и по типу тригемении (3 эпизода) мономорфные, монотопные желудочковые экстрасистолий с интервалом сцепления 390 мс.

УЗИ органов брюшной полости установило увеличение размеров печени

без нарушения ее эхоструктуры, а также эхопризнаки диффузных изменений поджелудочной железы.

СКТ выявила диффузные изменения печени, неравномерное утолщение стенок восходящего отдела ободочной и прямой кишки, уплотненные лимфоузлы в забрюшинном пространстве.

Фиброколоноскопия показала дилатацию просвета кишки с обильным количеством кала, слизи, отсутствием перистальтики, уплощением складок слизистой, контактную ранимость, множественные дефекты, эрозии под фибрином. В анальном канале - множественные остроконечные кандиломы.

Морфологическое исследование слизистой сигмовидной кишки выявило участок слизистой оболочки толстого кишечника с эрозией, выраженной воспалительной инфильтрацией, представленной лимфоцитами, сегментоядерными лейкоцитами, плазмоцитами, эозинофилами. Согласно заключению консультанта морфологическая картина соответствовала признакам хронического колита, характерного для болезни Крона.

Получал следующую терапию: диета, ГКС (пульс терапия солумедролом № 3, с переходом на преднизолон в терапевтической дозе на протяжении 4 недель, с последующим снижением дозы на 5 мг еженедельно, в сочетании с цитостатиком (имуран 100 мг/сут), салофальк, антибактериальную и противопротозойную терапию (цефалоспорин III поколения, карбопенем, метронидазол), ферменты, препараты кальция, железа, противогрибковое и мочегонное средства, пробиотики, витамины группы В, гепатопротекторы, кардиотрофики, местное лечение ротовой полости и параректальных свищей.

После двухмесячного курса лечения, состояние больного значительно улучшилось: исчезла интоксикация, появилась прибавка в весе, купировались явления полиартрита, перикардита, стоматита, закрылись параректальные свищи, нормализовались показатели периферической крови, биохимической активности процесса, уровень трансаминаз.

Таким образом, приведенный клинический случай демонстрирует особенности течения болезни Крона у подростка, связанные, прежде всего, с наличием внекишечных проявлений, в частности, с развитием перикардита, сочетающееся с нарушением ритма сердца, процессов возбудимости. Весьма вероятно, что подобное течение БК во многом обусловлено снижением дозы ГКС, а также несоблюдением больным диеты.

Литература:

1. Адлер Г. Болезнь Крона и язвенный колит / Пер. с немецкого Шептулина А.А. – М.: ГЭОТАР – Мед, 2001, 500с.

2. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерология детского возраста. - Харьков: Консум, 2000. – 528 с.

3. Водилова О.В., Мазанкова Л.Н., Халиф И.Л. Особенности течения болезни Крона в детском возрасте // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2003. – № 6. – С. 69 ‑ 73.

4. Грона В.Н., Литовка В.К., Гунькин А.Ю., Абдуллин Р.Ф., Грона К.В. Об особенностях клиники и диагностики болезни Крона у детей // Здоровье

ребенка – 2009. – №2(17). – С. 17 – 20.

5. Халиф И.Л., Лоранская И.Д. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика и лечение. - М.: Миклош, 2004. - 88 с.

Реферат: У статті наведені особливості перебігу хвороби Крона у підлітка, пов'язані, насамперед, з наявністю позакишкових проявів, зокрема, з розвитком перикардиту, що сполучається з порушенням ритму серця, процесів збудливості.

Ключові слова: хвороба Крона, діти, діагностика, лікування.

SOME CURRENT CROHN'S DISEASE IN ADOLESCENTS. CLINICAL OBSERVATIONS.

Prokhorov EV Belskaya EA, Sheveleva VL

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary: The article demonstrates the characters of the course of CD in adolescent, primarily related to the presence of abenteric manifestations, in particular, with the development of pericarditis, combined with disturbance of cardiac rhythm, excitability processes.

Keywords: Crohn's disease, children, diagnosis, treatment.

УДК: 616.248:-616.39-056.5]-053.2+159.922:316.61

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Самойленко И.Г., Максимова С.М., Бухтияров Э.В.*,Маноченко В.В.*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,

Центральная городская клиническая больница № 3 г.Донецка*

Реферат: в статье представлены данные о течении бронхиальной астмы, в сочетании с ожирением у детей, оценка качества их жизни по клинико-лабораторным данным. Идентифицировано ожирение, как фактор неблагоприятного течения бронхиальной астмы и ухудшения качества жизни.

Ключевые слова: бронхиальная астма, ожирение, дети.

Сочетание бронхиальной астмы (БА) и ожирения у детей является актуальной проблемой педиатрии. Подтверждено наличие у ожирения системного провоспалительного эффекта. Целью работы явилось рассмотрение основных особенностей течения астмы у детей с ожирением, а также механизмы влияния избыточного количества жировой ткани на характер течения БА. Социальный аспект проблемы известен: на лечение пациентов с астмой и ассоциированными с ней состояниями, расходуется до 10% ресурсов общественного здравоохранения [1]. Распространенность в разных странах составляет на сегодняшний день от 3 до 15% населения, причем в экономически развитых государствах за последние три десятилетия число больных с этим диагнозом возросло более чем втрое [2]. Вместе с тем исследования показывают, что в тех же регионах мира, где происходит увеличение заболеваемости БА, среди детского населения наблюдается и прогрессирующий рост детей с избыточной массой тела. В развитых странах, где данная тенденция выражена наиболее ярко, ожирение и связанные с ним заболевания расходуют значительную часть бюджета здравоохранения [3, 4].

БА и ожирение более характерна для девочек, что может быть связано с зависимостью ее течения от собственного гормонального фона, метаболизмом жировой ткани у женщин. Это подчеркивает, что избыточный вес имеет объективный патогенетический характер. Сочетанная эпидемия астмы и ожирения в развитых странах проявляется наиболее наглядно именно в детском возрасте [5].

Материалы и методы: Нами, на базе городского пульмонологического отделения ЦГКБ № 3 г.Донецка, проведено сравнение тяжести обострения, течения заболевания и качества жизни у детей с БА и ожирением. По разработанной схеме детей обследовали троекратно: при поступлении и выписке из стационара и через 6 месяцев от начала наблюдения.

Под наблюдением находилось 32 детей в возрасте от 12 до 15 лет, на стационарном лечении в детском пульмонологическом отделении ЦГКБ №3 г. Донецка с ноября 2010 по ноябрь 2013 гг с диагнозом среднетяжелого течения БА в периоде обострения. Из них 16 пациентов с БА и ожирением 2-3 степени (1 группа). Среди них мальчиков было -5, девочек -11. Сравнительную группу составили 16 сверстников с БА без признаков ожирения (2-я группа). Все дети до поступления в клинику страдали БА от 4-х до 6 лет. Детям обеих групп сравнения произведены, наряду с общеклиническими анализами, исследование IgE, троекратная спирометрия, рентгенография легких. Пациенты обеих групп получали адекватное лечение БА с включением ингаляционных кортикостероидов (ИГКС).

Результати и их обсуждение: Анализ обострения заболевания свидетельствует, что у детей с БА в сочетании с ожирением период обострения был более длительным и тяжелым, что проявлялось трудностью купирования приступа бронхиальной обструкции, необходимостью применения более высоких доз ИГКС и бетта-2 агонистов. Семейный анамнез отягощен по БА и ожирению у 7 (43,8%), а у детей 2-й группы у 2 (12,5%). Аллергические заболевания у родственников выявлены у 12 (75%) больных I группы и у 10 (62,4%) детей II группы. У детей 1 группы длительность обострения составила соответственно 10,9±2,27 и у детей 2-й группы 6,3±1,9 дней. Клинически обострение протекало тяжелее у детей 1 группы, что выражалось и в степени дыхательной недостаточности, и в более медленном ответе на проведение терапии, и в конечном итоге – в улучшении состояния пациентов этой группы. Значения общего IgE у пациентов с БА и ожирением были достоверно выше, чем у пациентов 2-й группы. Функция внешнего дыхания (ФВД) у 14 пациентов 1-й группы (87,5%) сопровождалось нарушением как по обструктивному так и по смешанному типу, тогда как в сравниваемой группе детей без ожирения этот показатель в 1,3 раза меньше. Скрытый бронхоспазм в 1,9 раза чаще определялся в 1 группе. В схему лечения больных основной группы с первых дней пребывания в стационаре назначались наряду с традиционным лечением обострения БА коррекционная диета, двигательный режим, ЛФК. Качество жизни достоверно было хуже в 1,5 раза у детей 1-й группы, что проявлялось в меньшей социальной адаптации, в 1,8 раза худшей успеваемостью в школе,

наличием сопутствующей патологии.

Таким образом, связь БА и ожирения более характерна для девочек, что может быть связано с зависимостью течения БА от гормонального фона, механизмом метаболизма жировой ткани у девочек-подростков. Это подчеркивает, что избыточный вес имеет объективный патогенетический характер. Сочетанная эпидемиология астмы и ожирения в развитых странах проявляется наиболее наглядно именно в подростковом возрасте. Качество жизни у детей 1 группы значимо ниже таковой у сверстников. Предложенный метод коррекции питания и массы тела детей данной группы следует далее изучать для улучшения адаптации пациентов в последующей жизни.

Литература:

1. Mannino D.M. et al. Surveillance for asthma — United States, 1988—1999. MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep. 2002; 51: 1-13.

2. Lenzer J. Obesity related illness consumes a sixth ofUShealthcare budget. BMJ 2010; 341:c6014.)

3. Sood A. et al. Lean mass predicts asthma better than fat mass among females. European Respiratory Journal. 2011; 1 (37): 65-71.

4. DixonA. et al. An Official American Thoracic Society Workshop Report: Obesity and Asthma. The Proceedings of the American Thoracic Society. 2010; 7: 325-335.

5. Kier C. et al. Childhood Overweight and Obesity and Their Association With Asthma. Journal of Asthma & Allergy Educators. 2010; October, 27.

Реферат: у статті представлені дані про плин бронхіальної астми, у комбінації з ожирінням у дітей, оцінка якості їх життя за клініко-лабораторним даними. Ідентифіковане ожиріння, як фактор несприятливого плину бронхіальної астми й погіршення якості життя

Ключові слова: бронхіальна астма, ожиріння, діти.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH ASTHMA AND OBESITY

Samoylenko I.G., Maximova S.M., Buchtiyarov E.V.*,Manochenko V.V.*

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky, Central city Hospital № 3, Donetsk*

Summary. This article presents data on bronchial asthma, combined with obesity in children, evaluation of the quality of life for clinical and laboratory data. Identified obesity as an adverse factor of bronchial asthma and reduced quality of life

Key words: asthma, obesity, children.

УДК: 615.33: 616.91-053.2

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ: ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Смолянкин Н.Н., Грекова А.И., Жаркова Л.П.

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Резюме. В статье приведены сведения об этиологической структуре острых кишечных инфекций у детей, спектр возбудителей инвазивных диарей у детей на современном этапе. Отражена клиническая оценка тяжести течения диарей в разных возрастных группах. Представлен анализ выбора антимикробных препаратов для лечения острых кишечных инфекций с инвазивным типом диареи в г. Смоленске.

Ключевые слова: антибиотикотерапия, дети, инвазивная диарея, кишечные инфекции, фармакоэпидемиология.

Острые кишечные инфекции (ОКИ) до настоящего времени занимают ведущее место в инфекционной патологии детского возраста, уступая по заболеваемости только острым респираторным инфекциям [1,2]. По данным ВОЗ, ежегодно в мире регистрируется более 4 млрд случаев заболеваний, причем заболеваемость среди детей превышает таковую у взрослых [3].

У детей инфекционная диарея по-прежнему является одной из основных причин смертности, причем не только в развивающихся странах [4]. В Европе ежегодно регистрируется от 0,5 до 1,9 эпизодов инфекционных диарей у каждого ребенка младше 3 лет [5].

В настоящее время в России отсутствуют согласованные подходы к терапии ОКИ у детей, причем частота назначения антимикробных препаратов (АМП) остается на высоком уровне, особенно у госпитализированных пациентов. Отсутствие единых подходов к фармакотерапии кишечных инфекций, практикуемой в клинических условиях, диктуют необходимость проведения фармакоэпидемиологических исследований, направленных на получение данных о реальной практике применения АМП [6].

Целью исследования явилось изучение выбора антимикробных препаратов для лечения острых кишечных инфекций с инвазивным типом диареи (ОИД) в отделении кишечных инфекций ОГБУЗ «Клиническая больница №1» г. Смоленска.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ выбора АМП при ОИД у детей. В исследование включались только случаи ОКИ, имеющие клиническую симптоматику инвазивного типа диареи и бактериологическое и/или серологическое подтверждение диагноза. Объектом исследования являлись истории болезни детей в возрасте от 1 года до 14 лет, получавших лечение в специализированном отделении.

Результаты исследования: анализ выборки показал, что частота случаев ОКИ колебалась от 1032 до 1384 детей в год (табл. 1), с пиком заболеваемости в 2009 г. (1384) и 2010 г. (1340).

Таблица 1

Частота случаев и этиологическая структура острых кишечных инфекций у детей, госпитализированных в специализированное отделение в 2007–2012 гг.

Нозологическая форма ОКИ	Год					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
	абс. /%	абс. /%	абс. /%	абс. /%	абс. /%	абс. /%
Ротавирусная инфекция	412/39,9	340/31,5	314/22,7	327/24,4	494/40,3	296/24,4
Шигеллезы	39/3,8	21/1,9	30/2,2	16/1,2	8/0,7	11/0,9
Сальмонеллезы	36/3,5	21/1,9	30/2,2	65/4,9	40/3,3	35/2,9
УПФ	77/7,5	63/5,8	85/6,1	172/12,8	54/4,4	43/3,6
Невыясненной этиологии	468/45,3	639/58,9	925/66,8	760/56,7	630/51,3	826/68,2
Всего ОКИ	1032	1084	1384	1340	1226	1211

В структуре ОКИ преобладали кишечные инфекции невыясненной этиологии и ротавирусная инфекция. Наибольшая доля ОКИ невыясненной этиологии была зарегистрирована в 2009 г. (66,8%) и 2012 г. (68,2%), а ротавирусная инфекция в 2007 г. (39,9%) и 2011 г. (40,3%).

Среди всех ОКИ доля ОИД с подтвержденной этиологией (шигеллез, сальмонеллез) составила в 2007 г. – 7,3%, 2008 г. – 3,8%, 2009 г. – 4,4%, 2010 г. – 6,1%, 2011 г. – 4,0% и 2012 г. – 3,8%.

Доля ОИД среди всех госпитализированных детей колебалась от 13,1% в 2008 г. до 18,8% - в 2010 г. (рис. 1). При этом по выраженности клинической симптоматики выявлено преобладание средне-тяжелых форм заболевания: в 2007 г. - 79,5%, 2008 г. - 85,7%, в 2009 г. - 93,3%, в 2010 г. и 2011 г. – 91%, и 2012 г. – 86%, соответственно. Тяжелое течение ОКИ регистрировалось преимущественно у детей раннего возраста в 15,4%; 9,5%; 6,7%; 4,5%; 4,5% и 3,5% случаев, соответственно.

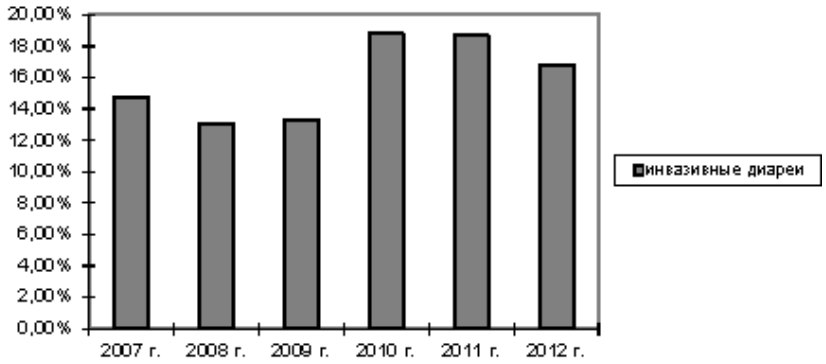


Рис. 1. Частота встречаемости ОКИ с инвазивным типом диареи у детей

АМП назначались преимущественно в виде монотерапии: 2007 г. – 82,1%, в 2008 г. – 85,7%, 2009 г.– 93,3%, 2010 г. – 87%, 2011 г. – 81% и 2012 г. – 76% случаев. Препаратами выбора оказались парентеральные цефалоспорины III поколения (ЦС Ш), доля которых в 2007 г. составила 41%, 2008 г. – 23,8%, 2009 г. – 63,3%. С 2009 г. для терапии ОКИ стал применяться пероральный ЦС Ш цефиксим (47,4%). В дальнейшем для терапии ОКИ использовались цефиксим (Супракс®) и азитромицин (Сумамед®). Реже в терапии ОКИ назначались фторхинолоны (ФХ, ципрофлоксацин): 2007 г. – 20,5%, 2008 г. – 28,6% и 2009 г. – 16,7%, а с 2010 г. не применялись. Кроме того, использовались аминогликозиды (амикацин): 2008 г. – 14,3%, 2009 г. – 6,7%; нитрофураны (фуразолидон) в 2007 г. – 5,1%; энтерофурил в 2007 г. – 2,6%, 2008 г. – 14,3%., которые в дальнейшем не использовались. В ряде случаев использовалась комбинированная терапия АМП: в 2007 г. – 17,9%, 2008 г. – 14,3% и 2009 г. – 6,7% детей. Назначались следующие комбинации АМП: в 2007 г. – ЦС I+ЦС III; ЦС I+АГ; ЦС III+ФХ; ФХ+нитрофураны, ФХ+АГ, АГ+энтерофурил; в 2008 г. – ЦС III+ФХ, ЦС III+энтерофурил; азитромицин+фуразолидон; в 2009 г. – ЦС III+энтерофурил, ЦС III (цефотаксим+цефтриаксон)+АГ. У части детей в терапии ОКИ АМП не использовались: 10,3%, 4,8% и 6,7%, соответственно.

Заключение: Острые кишечные инфекции остаются ведущими в

инфекционной патологии детского возраста, уступая по массовости и экономическому ущербу только острым респираторным заболеваниям и гриппу. И хотя наметилась тенденция к снижению заболеваемости ОКИ с инвазивным типом диареи, они сохраняют свою актуальность и в настоящее время. Проведенный фармакоэпидемиологический анализ выявил, что в большинстве случаев выбор АМП для терапии ОКИ соответствует международным рекомендациям по лечению ОИД (ЦС III поколения, макролиды). Однако обращает внимание использование запрещенных в педиатрии АМП (фторхинолоны) и нецелесообразных комбинаций антибиотиков (цефазолин+цефтриаксон, цефазолин+аминогликозиды, фторхинолоны+нитрофураны, цефотаксим+фторхинолоны, цефотаксим +цефтриаксон+аминогликозиды). Хочется подчеркнуть, что изучение фармакоэпидемиологических особенностей терапии острых кишечных инфекций бактериальной этиологии у детей позволяет более детально оценить ситуацию и разработать мероприятия, направленные на повышение качества антибактериальной терапии в современных условиях.

Литература:

1. Острые кишечные инфекции у детей (диагностики, классификация, лечение). Пособие для врачей. / В.Ф. Учайкин, А.А. Новокшонов, Мазанкова Л.Н. и др./ Москва, 2004.- 136 с.

2. Практическое руководство по диагностике и комплексной терапии острых кишечных инфекций у детей / А.В. Горелов, Л.Н. Милютина, А.В. Буркин и др. / Астрахань, 2005. – 116 с.

3. Casburn-Jones A. C., Farthing M. J. G. Management of infectious diarrhoea // Gut. 2004; 53 (2): 296–305.

4. Guarino A., Albano F., Ashkenazi S., Gendrel D., Hoekstra J. H., Shamir R., Szajewska H. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe // J Pediat Gastroenterol Nutr. 2008. Vol. 46, Suppl. 2, 81–122.

5. Hatchette T. F., Farina D. Infectious diarrhea: when to test and when to treat // CMAJ. 2011; 183: 339–344.

6. Грекова А. И., Жаркова Л. П. Выбор антибактериальной терапии острых кишечных инфекций у детей (результаты многоцентрового аналитического исследования) // Педиатрическая фармакология. 2007. Т. 4, № 3. С. 16–19.

«ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN CHILDREN: PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS»

Smolyankin N.N., Grekova A.I., Zharkova L.P.
Russia, Smolensk State Medical Academy

Abstract. This article provides information about the etiological structure of acute intestinal infections in children, the spectrum of pathogens invasive diarrhea in children at the present stage. Reflected the severity of the clinical evaluation of diarrhea in different age groups. Presents an analysis of the choice of antimicrobial agents for the treatment of acute intestinal infections with invasive type of diarrhea in Smolensk.

Keywords: antibiotics, antibacterial therapy, children, invasive diarrhea, intestinal infections, pharmacoepidemiology.

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ

УДК 617.586-007.5-053.3

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ ПО МЕТОДУ ПОНСЕТИ

Верещагин С.И., Масликов А.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Областная клиническая травматологическая больница, г. Донецк

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 94 детей с врожденной косолапостью по методу Понсети. Подтверждена высокая эффективность данного метода в коррекции эквино-варусной деформации стоп у детей раннего возраста. Метод Понсети является малоинвазивным, не трудоемким, легко стандартизируется и может рассматриваться в качестве метода выбора при лечении детей с врожденной косолапостью.

Ключевые слова: врожденная косолапость, метод Понсети.

Врожденная косолапость является одной из наиболее часто встречающихся ортопедических патологий детского возраста. Распространенность врожденной косолапости в общей популяции составляет 1,24 на 1000 новорожденных. В два раза чаще данная патология наблюдается у мальчиков, причем в 30–50% случаев имеет место двустороннее поражение [2]. Общепринятой тактикой является консервативное лечение с первых дней жизни ребенка. Существует много методик лечения, которые подразделяются на функциональные и пассивные способы коррекции деформации стопы [2, 3]. Функциональные методики предусматривают использование мягкотканных повязок с сохранением движений в суставах конечности. При этом требуется ежедневная смена повязок, частое выполнение редрессирующих упражнений и массажа. Пассивная коррекция реализовывается путем этапного гипсования (смена повязок через 7-14 дней) с постепенным устранением элементов косолапости. Количество рецидивов при консервативном лечении составляет от 15 до 30% вне зависимости от применяемой методики, поэтому процент хирургических вмешательств остается довольно высоким [1, 2, 4].

В 50-60-е годы прошлого столетия доктором И. Понсети был предложен оригинальный метод лечения врожденной косолапости. По данным автора и его последователей, эффективность метода составляет 89% [6]. Успешное использование метода Понсети позволило изменить взгляд на врожденную косолапость как на хирургическую патологию в принципе. Несмотря на имеющийся опыт использования метода Понсети в практике детских ортопедов-травматологов Украины, долгосрочных наблюдений за результатами лечения в нашей стране не представлено.

Цель работы: анализ результатов лечения детей раннего возраста с врожденной косолапостью по методу Понсети.

Материал и методы. В нашем учреждении метод Понсети применяется с 2008 года. Под наблюдением находилось 94 ребенка (137 стоп) с врожденной эквино-варусной косолапостью. Возраст детей к началу лечения составлял от 2 недель до 2 лет. Выраженность деформации стоп у большинства больных (70%) при первичном использовании метода Понсети соответствовала косолапости тяжелой степени – от 5 до 6 баллов по шкале Пирани [5]. Деформация одной стопы была у 31 (33%) ребенка, а у 63 (67%) - патология была двухсторонней.

Лечение всех больных проводилось одной группой специалистов. Учитывали ошибки и осложнения, допущенные на каждом из этапов лечения, а также случаи рецидива косолапости. Результаты лечения анализировали в 3 группах сравнения. 1 группу составляли дети с периодом наблюдения 4-6 лет (15 человек), 2 группу (23 чел.) – 2-3 года, 3 группу (56 чел.) – до 2 лет.

В соответствии с методом Понсети первым этапом лечения являлось постепенное исправление деформации стопы серией гипсовых повязок [6]. После 4 – 6 еженедельных смен гипсовых повязок достигается отведение стопы и устранение варусного положения пятки. Второй этап лечения – подкожная ахиллотомия с целью удлинения ахиллова сухожилия и коррекции эквинуса стопы. Это вмешательство у детей до 1 года проводилось под местным обезболиванием. Третий этап лечения – это закрепление полученного результата и профилактика рецидива деформации. Для этого использовались специальные приспособления - абдукционные брейсы с фиксацией стоп в требуемом протоколом лечения положении и временном режиме.

Результаты и их обсуждение. Наибольшее количество ошибок и осложнений - 46,7%, наблюдалось в 1 группе больных, т.е. в период освоения метода Понсети. Типичными ошибками являлись: неправильная клиническая оценка вида деформации стопы, погрешности техники мануальной коррекции и гипсования, неверное определение показаний к ахиллотомии и ошибки при выполнении этой манипуляции. Тем не менее, даже первые результаты применения метода Понсети в целом подтверждали высокую эффективность проводимого лечения. Устранение деформации стопы при этапном гипсовании происходило намного быстрее и легче, чем при «традиционном» лечении. Обращала внимание удовлетворительная переносимость фиксации в гипсовых повязках и процедуры их смены. Реже, чем обычно, возникала необходимость внеплановой смены гипсовой повязки, обусловленная появлением трофических нарушений в больной конечности или изменением заданного положения стопы.

По мере накопления опыта и совершенствования практических навыков, количество ошибок и осложнений, отмеченных в период начала применения метода, значительно уменьшилось – до 8,5% у больных 3 группы.

Отсутствие достаточного клинического опыта в применении рассматриваемого метода лечения сказалось и на довольно высоком показателе рецидивов косолапости у больных 1 группы – 26,7% (4 ребенка). Известно, что основной причиной рецидива деформации является нарушение протокола использования брейсов. Наши наблюдения полностью подтверждают этот факт.

Самостоятельное изменение родителями детей режима фиксации стоп были отмечены нами во всех случаях рецидивов в каждой из выделенных групп.

Однако нужно признать и тот факт, что необходимость использования брейсов до 5-летнего возраста, как это предусматривает текущий протокол лечения косолапости по методу Понсети, зачастую становится непреодолимой преградой для пребывания данной категории больных в детских дошкольных учреждениях. Активная разъяснительная работа с родителями детей по вопросу соблюдения режима ношения брейсов и усиление врачебного контроля на этапе амбулаторного лечения, позволили нам уменьшить количество рецидивов у детей 2 и 3 групп – соответственно до 17,4% и 11,8%, т.е. до показателей, сопоставимых с авторскими данными.

Выводы

1. Результаты собственных исследований подтверждают высокую эффективность метода Понсети в лечении детей раннего возраста с врожденной эквино-варусной косолапостью.
2. Метод Понсети соответствует принципу малоинвазивности, не является трудоемким, легко стандартизируется и может рассматриваться в качестве метода выбора при лечении детей раннего возраста с врожденной косолапостью.
3. Основной причиной рецидива врожденной косолапости при использовании метода Понсети является нарушение режима фиксации стоп абдукционными брейсами.

Литература:

1. Виленский, В.Я. К вопросу о рецидивах при консервативном лечении врожденной косолапости // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1984. – №7.– С. 36–40.
2. Врожденные и приобретенные деформации стоп у детей и подростков: пособие для врачей / сост. М.П. Конюхов, И.Ю. Клычкова, Ю.А. Лапкин, Л.А. Дрожжина. – СПб., 2000. – 48 с.
3. Клычкова И.Ю., Кенис В.М., Степанова Ю.А. Консервативное лечение врожденной косолапости: анализ результатов и перспективы // Травматология и ортопедия России. - 2011 – №3 – С. 45-49.
4. Кузнечихин Е.П., Ульрих Э.В. Хирургическое лечение детей с заболеваниями и деформациями опорно-двигательной системы. - М.: Медицина, 2004. – 568 с.
5. Pirani S.A. Reliable and valid method of the amount of deformity in the congenital clubfoot. St. Louis, MO: Pediatric Orthopedic Society of North America, 2004.
6. Ponseti I.V. Congenital clubfoot. Fundamentals of treatment. New York.- Oxford University Press. - 2000. - P. 48-53.

Резюме. Наведено аналіз результатів лікування 94 дітей з вродженною клишоногістю за методом Понсетї. Підтверджено високу ефективність даного методу в корекції еквіно-варусной деформації стоп у дітей раннього віку. Метод Понсеті є малоінвазивним, не трудомістким, легко стандартизується і може розглядатися як метод вибору при лікуванні дітей з вродженою клишоногістю.

Ключові слова: клишоногість, метод Понсеті.

TREATMENT OF CHILDREN OF EARLY AGE WITH CLUBFOOT BY THE PONSETI METHOD

Vereshchagin S.I., Maslikov A.A.
Donetsk national medical university named after M. Gorkiy
Regional clinical thrauma hospital, Donetsk

Summary. The analysis of the results of treatment of 94 children with clubfoot by the Ponseti method. Confirmed the high efficiency of this method in correcting equine-varus foot deformities in children of early age. The Ponseti method is minimally invasive, not time consuming, easily standardized and can be considered as a method of choice in the treatment of children with clubfoot.

Key words: clubfoot, Ponseti method.

УДК 616.727.2-031.26-001.512-053.35

ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ЭПИФИЗЕОЛИЗ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Верещагин С.И., Хаустов С.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Эпифизеолиз дистального отдела плечевой кости вследствие родовой травмы представляет значительные трудности для ранней диагностики и эффективного лечения. Приведены результаты клинического наблюдения 3 новорожденных с данным повреждением. Отмечается высокая информативность методики ультразвукового исследования с оценкой ротационного смещения дистального эпифиза. Использование закрытой репозиции отломков и фиксация повязкой Блаунта позволили получить отличные анатомо-функциональные результаты лечения во всех случаях.

Ключевые слова: эпифизеолиз, плечевая кость, новорожденные, диагностика.

Травматический эпифизеолиз дистального отдела плечевой кости (ДОПК) относится к числу редких повреждений опорно-двигательного аппарата и встречается у 1 из 35000 новорожденных [4].Дистальный эпифизеолиз плечевой кости ассоциируется с осложненными и патологическими родами, а также с ситуациями, которые требовали оказания активной акушерской помощи [3,5]. К числу осложнений данного вида родовой травмы относятся повреждение лучевого нерва и развитие варусной деформации локтевого сустава [3,5,6].

Главной особенностью родового эпифизеолиза ДОПК считается трудность точной и своевременной диагностики. Верификация клинического диагноза с помощью рентгенографии чрезвычайно затруднена ввиду отсутствия у новорожденного ядер окостенения в области эпифиза ДОПК [4,7]. Постановка диагноза на 5-7 день после травмы путем обнаружения на повторных рентгенограммах явлений оссификации отслоившегося периоста и рарефикации в области проксимального фрагмента не расценивается как ранняя диагностика.

Сложной задачей при данных повреждениях является и выбор метода лечения. Проявляя полное единодушие во мнении о необходимости устранения смещения дистального эпифиза плечевой кости, исследователи предлагают самые различные способы репозиции и фиксации отломков. Рекомендуется одномоментная закрытая репозиция на «глаз» поскольку визуализация места

перелома затруднена [3]. Имеется сообщение о выполнении открытой репозиции фрагментов с последующим остеосинтезом спицами. Устранение смещения отломков осуществляется и путем лейкопластырного вытяжения. Для иммобилизации конечности предлагается использование различных средств внешней фиксации - проволочной шины, гипсовой или мягкотканной повязок [2,3,4,5]. Вышеизложенное свидетельствует о нерешенном вопросе ранней диагностики и отсутствии общепринятого подхода к лечению новорожденных с травматическим эпифизеолизом ДОПК.

Цель работы. Обобщить собственный опыт диагностики и лечения эпифизеолиза ДОПК у новорожденных.

Материалы и методы. В период 2010-2014 гг. мы наблюдали 3 детей с родовым эпифизеолизом ДОПК. Во всех случаях имели место нормально протекавшие беременность и роды. Основанием для осмотра детским травматологом было уменьшение на 2-3 день жизни спонтанной двигательной активности верхней конечности, появление отека мягких тканей области локтевого сустава, ограничение пассивных движений в нем. В связи с подозрением на острый гематогенный остеомиелит все дети были консультированы детским хирургом. Выполнялась рентгенография локтевого сустава в двух проекциях, не подтвердившая наличие остеомиелита.

Наряду с клиническим осмотром, детским травматологом проводилось ультразвуковое исследование области локтевого сустава. Использовался линейный датчик с рабочей частотой 5,0-7,5 МГц. Осуществлялось полипозиционное сканирование и оценивалось взаиморасположение оссифицированной и хрящевой частей ДОПК, состояние надкостницы и эхогенность параоссальных тканей.

Всем больным выполнена закрытая репозиция для устранения смещения дистального эпифиза плечевой кости с фиксацией конечности магкотканной повязкой по методике Блаунта в положении сгибания предплечья под острым углом. В пострепозиционном периоде проводился ультразвуковой мониторинг соотношения костных фрагментов. Длительность иммобилизации составляла 10 дней. После снятия повязки назначали курс массажа и лечебной гимнастики.

Результаты и их обсуждение. Клинический осмотр не дает четкого представления о травматическом эпифизеолизе ДОПК у новорожденных, особенно когда не установлена его причинная связь с известными факторами риска. Рентгенологическое исследование почти всегда проводится не в стандартных, а в вынужденных укладках и показывает нарушение соотношения плеча и предплечья без признаков деструкции костной ткани. Данное состояние часто принимается за травматический вывих предплечья, который у новорожденных никогда не встречается, и поэтому могут выполняться безуспешные попытки устранения такого псевдовывиха [3,7].

Выявление эпифизеолиза ДОПК у новорожденных значительно облегчается при использовании метода ультразвукового исследования [2,7]. Однако существующие методики ультразвуковой диагностики не позволяют оценивать ротационное смещение фрагментов, наличие которого приводит к

варусной деформации локтевого сустава. Именно эта деформация обсуждается специалистами как одно из осложнений эпифизеолиза ДОПК при родовой травме [3,5]. Учитывая то, что данный вид повреждения по своей локализации и морфологии напоминает чрезмыщелковые переломы плечевой кости у детей, мы применили разработанные для них и успешно апробированные подходы к диагностике и лечению [1] и для оказания помощи новорожденным.

Дополнив методику проведения ультразвукового исследования локтевого сустава двумя оригинальными плоскостями сканирования, была достигнута возможность четкого определения ротационного смещения дистального эпифиза плечевой кости. Использование повязки Блаунта позволяло осуществлять визуальный контроль состояния поврежденной конечности и обеспечивало проведение ультразвукового мониторинга места повреждения без нарушения средств фиксации, облегчало уход за новорожденным. Повторного выполнения закрытой репозиции ни в одном из случаев не потребовалось. Полное восстановление функции верхней конечности у детей происходило в среднем через 1 месяц после начала лечения. Среднесрочное наблюдение (на протяжении 3 лет) каких-либо осложнений данной травмы не выявило.

Выводы. Улучшение ранней диагностики травматического эпифизеолиза ДОПК у новорожденных может быть достигнуто путем использования методики ультразвукового исследования области локтевого сустава, предусматривающей определение всех видов смещения фрагментов, в том числе и ротационного. В качестве метода выбора при лечении эпифизеолиза ДОПК рекомендуется закрытая мануальная репозиция фрагментов с ультразвуковым мониторингом эффективности выполнения манипуляции и последующая фиксация поврежденной конечности повязкой Блаунта.

Литература:

1. Верещагин С.И., Хаустов С.А. Чрезмыщелковые переломы плечевой кости у детей: новые возможности диагностики и лечения // Материалы VI Российского национального конгресса с международным участием «Человек и его здоровье». – Санкт-Петербург, 2001. – С. 111-112.

2. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 932-934.

3. Корж А.А., Бондаренко Н.С. Повреждения костей и суставов у детей. – Харьков: Прапор, 1994. – С. 39-41.

4. Al-Aubaidi Z, Nielsen K. Traumatic distal humerus epiphysiolysis in a newborn child // Ugeskr Laeger. – 2010. – Vol.172 (33). – P. 2231-2232.

5. Jacobsen S, Hansson G, Nathorst-Westfelt J. Traumatic separation of the distal epiphysis of the humerus sustained at birth // J Bone Joint Surg. (Br). – 2009 – Vol.91, N.6. – P.797-802.

6. Kaushal R., Gupta P.N., Gupta R., Bahadur R. Distal humeral epiphyseal separation associated with radial nerve palsy // Injury Extra. –2005. –Vol.36. – P.121–124.

7. Navallas M., Díaz-Ledo F., Ares J., Sánchez-Buenavida A. Distal humeral epiphysiolysis in the newborn: utility of sonography and differential diagnosis // Clin.

Imaging. – 2013. – Vol.37, N.1. – P.180-184.

Резюме. Епіфізеоліз дистального відділу плечової кістки внаслідок пологової травми представляє значні труднощі для ранньої діагностики та ефективного лікування. Наведені результати клінічного спостереження 3 новонароджених з даними пошкодженням. Відзначається висока інформативність методики ультразвукового дослідження з оцінкою ротаційного зміщення дистального епіфіза. Використання закритої репозиції відламків і фіксація пов'язкою Блаунта дозволили отримати відмінні анатомо - функціональні результати лікування у всіх випадках.

Ключові слова: епіфізеоліз, плечова кістка, новонароджені, діагностика.

TRAUMATIC DISTAL HUMERUS EPIPHYSIOLYSIS IN THE NEWBORN

Vereshchagin S.I., Khaustov S.A.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. Distal humerus epiphysiolysis due to birth trauma presents considerable difficulties for early diagnosis and effective treatment. We report the results of clinical observation 3 newborns with this injury. There is high information content of ultrasound technique to estimate the rotational displacement of the distal humeral epiphysis. Use of closed reduction and fixation by the bandage Blount it possible to obtain excellent anatomic and functional outcomes in all cases.

Keywords: epiphysiolysis, distal humerus, newborn, diagnosis.

УДК 616.27-006.486-053.2

О ГАНГЛИОНЕВРОМЕ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Журило И.П., Литовка В.К., Весёлый С.В., Сопов Г.А., Латышов К.В., Литовка Е.В., Суханов С.И.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Областная детская клиническая больница, г. Донецк

Резюме. Ганглионеврома средостения у детей встречается сравнительно часто. В клинике детской хирургии имени профессора Н.Л. Куща за последние 30 лет лечилось 22 ребенка с ганглионевромами средостения. Это составило 30% среди всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных новообразований средостения. Возраст пациентов составил от 5 до 16 лет. Диагностический комплекс включал в себя физикальные, лабораторные, общие клинические, инструментальные специальные методы исследования (обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). Размеры ганглионевромы варьировали от 5-6 см до 10-11 см. Радикальное удаление опухоли удалось выполнить у 20 (90,9%) детей. Двое больных в последующем оперированы в условиях нейрохирургического отделения. Осложнений и летальных исходов не было.

Ключевые слова: ганглионеврома, средостение, дети.

Ганлионеврома – относительно редко встречающаяся опухоль периферической и центральной нервной системы, состоящая из элементов симпатических нервных ганглиев. Она состоит из зрелых ганглиозных клеток, шванновских клеток и соединительной ткани. Ганглионеврома чаще всего локализуется в заднем средостении, реже - в забрюшинном пространстве, в мозговом веществе надпочечников, на шее, в полости малого таза, в отделах головного мозга [5]. В ряде наблюдений в ганглионеврому со временем превращается (трансформируется) нейробластома [1-4, 6]. Механизмы

спонтанной дифференцировки этой опухоли достоверно не выявлены.

Ганглионеврома развивается из симпатического ствола, нередко прорастает в заднее средостение или позвоночный канал. В последнем случае она имеет вид песочных часов, то есть состоит из двух узлов - паравертебрального и экстрамедуллярного. Располагаются такие опухоли преимущественно в левой половине тела, причем несколько чаще у лиц женского пола. Лечение ганглионевромы оперативное. Как правило, диагноз устанавливается после гистологического исследования удаленной опухоли. Необходимо с абсолютной уверенностью выяснить, нет ли участков ганглионейробластомы в удаленном опухолевом узле. В последнем случае необходимо проведение полихимиотерапии (ПХТ) и лучевой терапии [3-5].

Возникновение ганглионевром связывают с нарушением закладки элементов симпатической нервной системы. Клинические проявления заболевания не имеет специфических черт, и определяются локализацией, размерами опухоли и ее взаимоотношениями с прилежащими органами и тканями. Иногда ганглионеврома может протекать бессимптомно и обнаруживаться после проведения флюорографии [3, 6].

Для ганглионевромы не характерно увеличение уровня катехоламинов и их метаболитов. В то же время, как известно, более 90% нейробластом продуцируют именно катехоламины и их производные, что учитывается в дифференциальном плане нейрогенных опухолей [1, 3, 4, 5]. Именно поэтому, на современном этапе, во всех случаях определяют уровень синтеза и секреции катехоламинов (дофамина, адреналина, норадреналина) и уровень их метаболитов (гомованилилминдальная и гомованилиновая кислоты).

Материалы и методы исследований. В клинике детской хирургии имени профессора Н.Л.Куща за последние 30 лет (1984-2013 гг.) лечилось 22 ребенка с ганглионевромой средостения в возрасте от 5 до 16 лет. Лиц женского пола было 12, мужского – 10. Левостороннее расположение опухоли имело место у 13 пациентов, правостороннее – у 9. Размеры ганглионевромы варьировали от 5-6 см до 10-11 см.

Для подтверждения предполагаемого диагноза, наряду с общими клиническими исследованиями, мы, как и другие авторы [1, 3, 4, 6], широко использовали обзорную рентгенографию органов грудной клетки в двух проекциях, ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральную компьютерную томографию (СКТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Результаты и их обсуждение. Ганглионевромы среди наблюдаемых больных во всех случаях располагались в заднем средостении. Рентгенологически опухоли имели очень высокую плотность, как правило, локализовались в реберно-позвоночном углу, имели четкую наружную границу на фоне неизмененного легочного рисунка, внутренним краем сливались с тенью позвоночного столба, иногда имели мелкоочаговые включения известковой плотности (рис. 1, 2). В диагностике заболевания важно обнаружение, характерного для опухоли заднего средостения, увеличения межреберных промежутков, смещения, ротации, а иногда и истончения задних

отделов ребер на уровне поражения.

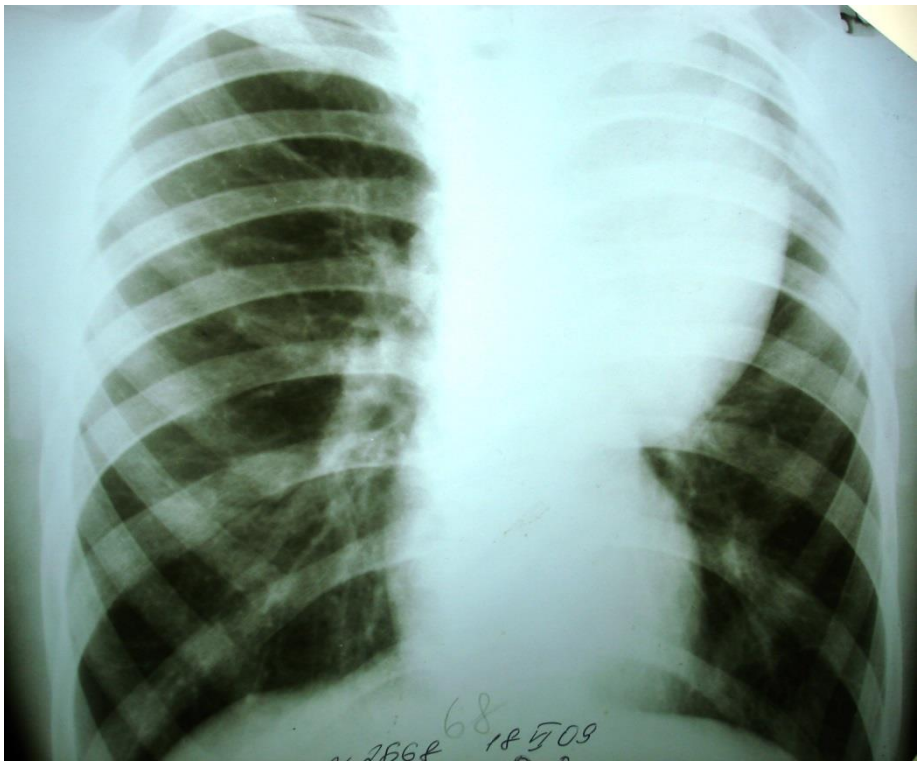


Рис. 1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки у ребенка с ганглионевромой средостения.

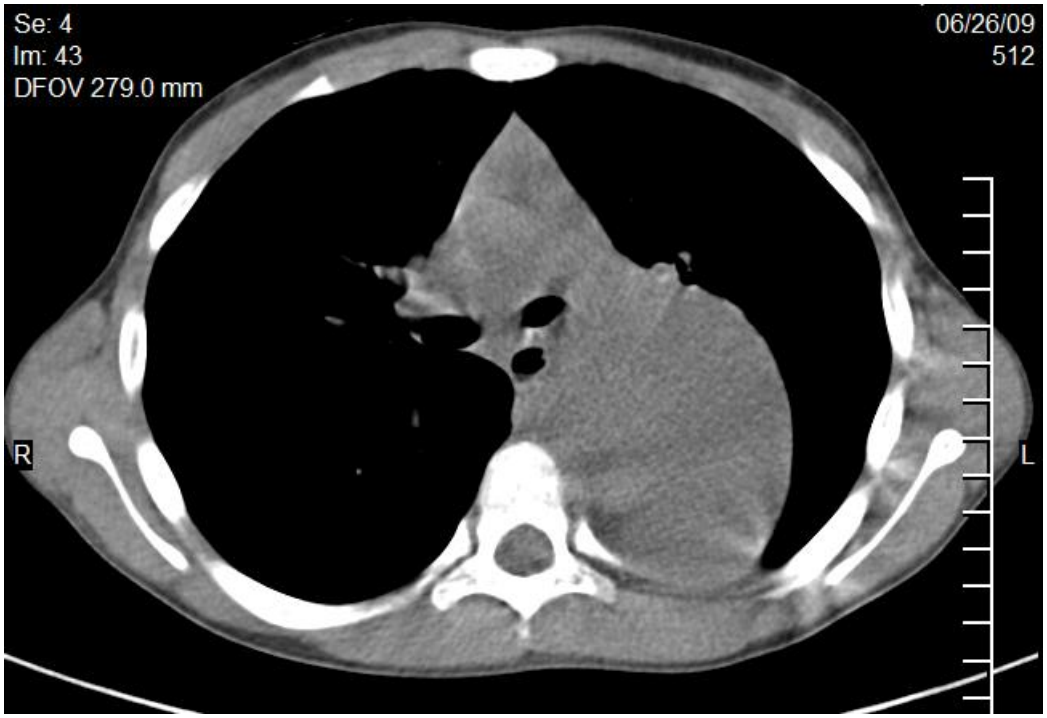


Рис. 2. Компьютерная томография органов грудной клетки у ребенка с ганглионевромой средостения.

Боли в области грудной клетки среди наблюдаемых пациентов отмечены у 10 (45,5%) детей, одышка – у 8 (36,4%), кашель – у 6 (27,3%), у 3 (13,6%) отмечалось усиление венозного рисунка в области грудной стенки. В анамнезе у 6 (27,3%) больных имелись частые бронхиты или пневмонии.

Неврологическая симптоматика (парестезия, легкий парез конечности) имели место у 2 (9,1%) пациентов. При обзорной рентгенографии была диагностирована опухоль заднего средостения. У 6 (27,3%) детей опухоль выявлена при флюорографии на фоне общего удовлетворительного состояния.

Всем больным с ганглионевромой средостения произведена торакотомия с использованием бокового или заднебокового доступа. Размеры опухоли колебались от 5-6 до 10-11 см. В большинстве наблюдений новообразование было прочно связано с межпозвоночными щелями и нервными стволами. На основании данных осмотра достоверно невозможно оценить характер новообразования во время выполнения оперативного вмешательства. Поэтому окончательный диагноз устанавливали после гистологического исследования интраоперационного материала. Радикальное удаление опухоли удалось выполнить у 20 (90,9%) детей, частичное удаление – у 2 (9,1%) пациентов. Эти пациенты в последующем были оперированы в условиях нейрохирургического отделения (удален экстрамедуллярный компонент опухоли) с благоприятным исходом. Как указывалось выше, в ряде наблюдений нейробластома может трансформироваться (превращаться) или “дозревать” в ганглионеврому [2, 6]. Приводим описание нашего наблюдения.

Больной Л., 2 года 11 месяцев (история болезни № 72), поступил в неврологическое отделение ОДКБ 18.01.92 г. по поводу предполагаемого вялотекущего миеломенингорадикулоневрита. Заболел около 3 месяцев назад, когда появилась неустойчивая походка, изредка лихорадил, ухудшился аппетит. Проводимое лечение (антибиотики, кортикостероиды, анальгетики, антихолинэстеразные препараты) особого эффекта не дало. При обследовании (рентгенография органов грудной клетки, УЗИ, КТ) в заднем средостении слева, в области реберно-позвоночного угла обнаружено опухолевидное образование, размерами 8×6×5 см, неоднородной структуры с участками кальцификации. Больной консультирован детским хирургом и переведен в онкологическое отделение с диагнозом: нейробластома заднего средостения, нижний парапарез.

14.02.92 г. произведена широкая торакотомия слева в V межреберье (хирург – доц. Кононученко В.П.). В реберно-позвоночном углу обнаружена опухоль белесоватого цвета, плотная, неподвижная, покрытая утолщенной, инъецированной плеврой. Медиальный край опухоли заходит за переднюю поверхность позвоночника, уходя вправо. К латеральному краю подпаяно легкое. Тупым и острым способом опухоль отделена от позвонков, легкого, нисходящей части аорты и удалена. Незначительную часть опухоли, уходящую вправо от позвоночника, полностью удалить не представлялось возможным. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Рана ушита наглухо.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Гистологическое заключение (№ 1314-1330): ганглионейробластома. В послеоперационном периоде проведен курс ПХТ (винкристин, адрибластин, циклофосфан) и 07.03.92 г. ребенок выписан домой. В последующем проведен курс телегаммaтерапии до 40 Грей и курсы ПХТ (за 2 года - 12 курсов) с включением

в отдельные программы вепезида и препаратов платины, винбластина. Общее состояние и самочувствие оставалось удовлетворительным, данных за рецидив и метастазы не было.

В сентябре 1995 года, в возрасте 6 лет и 5 месяцев, во время контрольного амбулаторного обследования выявлен рецидив опухоли с прорастанием заднего средостения справа. 05.09.95 г. ребенок повторно госпитализирован в клинику для операции (история болезни № 7831). При УЗИ и КТ в заднем средостении справа определяется опухоль однородной структуры, размерами 5×4×3 см с узурацией III ребра. 08.09.95 г. произведена переднебоковая торакотомия справа (хирург – доц. Кононученко В.П.). Выпота нет. Легкое без видимых изменений, лимфоузлы не увеличены. В заднем средостении, почти по передней поверхности позвонков обнаружено опухолевидное образование, покрытое неизмененной плеврой. Опухоль тупым и острым способом выделена и удалена. Отдельно удален опухолевый узел, размерами 1,5×2,5 см, в зоне узурированного III ребра. Плевральная полость дренирована по Бюлау, так как отмечалась капиллярная кровоточивость. Патогистологическое заключение (№ 6120-6140): ганглионеврома. Сравнивая с препаратами предыдущего исследования, следует полагать, что произошло дозревание опухоли. Выписан в удовлетворительном состоянии 26.09.95 г. Осмотрен через 6, 12 месяцев, 1,5 и 4 года. Жалоб нет. Сонографически объемных образований в средостении нет.

Данное наблюдение представляет определенный интерес, прежде всего тем, что на момент выявления опухоли возраст пациента составлял 2 года 11 месяцев. Судя по данным литературы феномен “дозревания” нейробластомы встречается чаще у детей грудного возраста. Однако в данном случае следует обратить внимание на тот факт, что больной получил полный курс специфического противоопухолевого лечения, которое могло сыграть определенную роль в процессе морфологической редукции.

Среди наблюдаемых больных непосредственные и отдаленные результаты лечения удовлетворительные. Осложнений, летальных исходов не отмечено. В группе двоих детей, оперированных в нейрохирургическом отделении, прогрессирование опухолевого процесса не отмечено. Эти пациенты в развитии от сверстников не отстают. Болевой синдром отсутствует.

Выводы. 1. Ганглионеврома средостения у детей встречается сравнительно часто, достигая 30% от всех доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований этой локализации.

2. В диагностике ганглионевромы ведущее место занимают обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, УЗИ, СКТ, МРТ.

3. Лечение опухоли оперативное, в ряде случаев, его необходимо проводить совместно с нейрохирургами.

Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Г.М. Детская хирургия. – СПб.: ООО “Раритет-М”, 1999. – 400 с.

2. Грона В.Н., Литовка В.К., Журило И.П., Латышов К.В. Опухоли и опухолеподобные образования у детей. – Донецк: Норд Прес, 2010. – 364 с.

3. Кононученко В.П., Литовка В.К., Журило И.П. Наблюдение трансформации нейробластомы в ганглионеврому у ребенка // Клінічна хірургія. - 1999. – № 8. - С. 53.

4. Hörmann M. Neuroblastoma in children // Radiologe. – 2008. – Vol. 48, № 10. – P. 940-945.

5. Gallardo Muñoz I., Izquierdo Palomares L.N., Vicente Rueda J. Imaging signs of ganglioneuroma of the mandible in a seven-year-old girl // Radiologia. – 2011.- Vol. 53, № 5. – P. 466-469.

6. Ponsford Tipps A.M., Weidner N. Fine-needle aspiration of ganglioneuroma, maturing type (a.k.a., "borderline ganglioneuroblastoma") in the mediastinum of a young man: Case report and discussion of classification // Diagn. Cytopathol. – 2012. – Vol. 40, № 10. – P. 906-911.

Резюме. Гангліоневрома середостіння у дітей зустрічається порівняно часто. У клініці дитячої хірургії імені професора Н.Л. Куща за останні 30 років лікувалося 22 дитини з гангліоневромами середостіння. Це склало 30% серед усіх доброякісних пухлин і пухлиноподібних новоутворень середостіння. Вік пацієнтів склав від 5 до 16 років. Діагностичний комплекс включав фізікальні, лабораторні, загальні клінічні, інструментальні, спеціальні методи дослідження (оглядова рентгенографія органів грудної клітки в двох проекціях, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія). Розміри гангліоневроми варіювали від 5-6 см до 10-11 см. Радикальне видалення пухлини вдалося виконати у 20 (90,9%) дітей. Двоє хворих в подальшому оперовані в умовах нейрохірургічного відділення. Ускладнень і летальних випадків не було.

Ключові слова: гангліоневрома, середостіння, діти.

ABOUT MEDIASTINAL GANGLIONEUROMA IN CHILDREN

Zhurilo I.P., Litovka V.K., Veselyy S.V., Sopov G.A., Latyshov K.V., Litovka E.V., Suchanov S.I.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky
Regional Children's Hospital, Donetsk

Summary. Ganglioneuroma of the mediastinum in children is relatively common. In clinic of pediatric surgery named professor N.L.Kusch over the past 30 years (1984-2013 years) were treated 22 children with mediastinal ganglioneuroma. This amounted to 30% of all benign tumors and tumor-like tumors of the mediastinum. The age of patients ranged from 5 to 16 years. Diagnostic equipment included physical, laboratory, general clinical, instrumental, special research methods (survey chest radiography in two projections, computed tomography, magnetic resonance imaging). Ganglioneuroma sizes ranged from 5-6 cm to 10-11 cm. Radical resection were carried out in 20 (90.9%) children. Two were patients by subsequently underwent surgery in the neurosurgical department. Complications and deaths were not.

Key words: ganglioneuroma, mediastinum, children.

УДК 616.3-007.274-053.2:616-022.6/.7

РОЛЬ ИНФЕКЦИЙ TORCH-КОМПЛЕКСА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Климанский Р.П., Келехсаев Д.В., Носова И.Н.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.
Областная детская клиническая больница, г.Донецк.

Резюме. В статье представлены данные обследования 20 новорожденных детей обеих полов с обструктивными пороками развития желудочно-кишечного тракта которые находились на лечении в отделении патологии новорожденных областной детской

клинической больницы г. Донецка в 2014 г. Проводилось исследование биоматериала взятого из зон поражения (слюна, желудочный сок, содержимое тонкой и толстой кишки) на наличие возбудителей TORCH-инфекций при помощи ПЦР-исследования с детекцией в режиме реального времени.

Ключевые слова: врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта, TORCH-инфекции, дети.

Актуальность. Основной проблемой хирургии новорожденных остается лечение пороков развития, которые являются причиной младенческой смертности в 70% случаев [1]. Врожденные пороки развития (ВПР) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в структуре пороков развития занимают 4-е место, частота их колеблется в регионах Украины в пределах 8,4-9,7 на 10 000 [2]. Данная патология занимает значительное место в структуре смертности новорожденных: 5,81% детей с недостатками ЖКТ погибают в течение суток, в течение недели - 19,7%, в течение первого месяца жизни - 9,3%, что свидетельствует о социальной значимости и тяжести данной патологии [3, 4]. Общая летальность среди детей с врожденными пороками желудочно-кишечного тракта, по данным разных источников составляет от 16,3% до 60% [5,6,7]. В последние годы благодаря достижениям детской хирургии большинство пороков развития ЖКТ успешно корректируются в неонатальном периоде, однако эффективность реконструктивных хирургических операций зависит от ранней диагностики, адекватного предоперационной подготовки и своевременного транспортировки младенца в хирургический стационар. По данным литературы установлено, что существует значительный контингент больных (35%), хирургическая патология в которых заподозрено с опозданием, что является основной причиной высокой смертности изучаемой патологии [3].

Среди многих тератогенных факторов, которые могут быть причиной врожденных пороков развития, в том числе и желудочно-кишечного тракта, в последние года очень широко обсуждается значение персистирующих внутриклеточных возбудителей из-за их тропности к эмбриональной ткани в антенатальном периоде [8]. Патогенное действие возбудителей персистирующих внутриклеточных инфекций начавшееся в антенатальном периоде, может продолжаться и после рождения ребенка, принимать участие в формировании иммунного дисбаланса, что может послужить причиной частых, рецидивирующих инфекций дыхательных путей, мочевыделительной системы и др., что усложняет течение врожденных пороков ЖКТ, не позволяя своевременному проведению хирургической коррекции порока, стают причиной послеоперационных осложнений и летальных исходов [9].

Цель исследования. Определить уровень инфицированности TORCH-инфекциями у детей с врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта, разработать алгоритм дифференцированного подхода в определении объема лечебных мероприятий в зависимости от вида выявленных возбудителей.

Материалы и методы. На сегодняшний день обследовано 20 новорожденных детей обеих полов в возрасте от 0 до 14 суток, которые

находились на лечении в отделении патологии новорожденных областной детской клинической больницы г. Донецка с пороками развития желудочно-кишечного тракта (атрезии, стенозы). Проводилось определение наличие ДНК возбудителей TORCH-инфекций (Herpes Simlex Virus 1,2 типа, Cytomegalovirus, Epstein-Barr Virus, Chlamydia trachomatis, Toxoplasma gondii) у детей с ВПР ЖКТ, при помощи ПЦР-исследования с детекцией в режиме реального времени, в содержимом просвета кишечной трубки взятого из зон поражения (слюна, желудочный сок, содержимое тонкой и толстой кишки). При помощи ИФА-исследования определяли степень активности инфекционного процесса, путем обнаружения в крови специфических IgG с определения уровня их авидности.

Результаты и их обсуждение. Проведенное комплексное обследования детей с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта, позволило определить наличие и вид персистирующих внутриклеточных возбудителей, которое составило 4(20%) ребенка с активной стадией инфекционного процесса, 2(10%) из которых имели микст-инфекцию (CMV+Toxo.gon.) и (CMV+ Chl. Tr.). Что послужило основой для назначения своевременной, дифференцированной в зависимости от вида возбудителя, этиопатогенетической терапии. А также позволило изучить их влияние на развитие гнойно-септических осложнений после проведения хирургической коррекции пороков.

Выводы. По результатам собственных исследований и в сопоставлении с данными литературы можно сделать вывод:

- что важная роль, среди многих тератогенных факторов, которые могут быть причиной врожденных аномалий развития желудочно-кишечного тракта у детей, может принадлежать и персистирующим внутриклеточным возбудителям из-за их тропности к эмбриональной ткани;
- это дает основания для разработки и дифференцированного подхода к этиопатогенетическому лечению TORCH-инфекций в зависимости от вида возбудителя и стадии инфекционного процесса;
- проводимое этиопатогенетическое лечение способствует уменьшению вероятности развития осложнений в послеоперационном периоде и сокращает сроки реабилитации.

Таким образом, можно сделать вывод, что инфекции TORCH-комплекса играют значительную роль в формировании врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта, которые на сегодняшний день являются серьезной проблемой акушерства, неонатологии и детской хирургии. Указывает на необходимость обследования новорожденных детей с ВПР в том числе и желудочно-кишечного тракта с целью выявления персистирующих внутриклеточных возбудителей с целью оптимизации лечебных мероприятий в до- и послеоперационном периоде.

Литература:

1. 1. Исаков Ю. Ф. // Дет. хир. — 1997. — № 1. — С. 6-9.
2. Гнатейко О.З., Федоришин З.М., Кіцера Н.І. Дослідження динаміки

частоти уроджених вад розвитку в районах Рівненської області, уражених унаслідок Чорнобильської катастрофи // Український радіологічний журнал. — 2002. — № 10. — С. 145-147.

3. Наследственные и врожденные болезни: вклад в детскую заболеваемость и инвалидность, подходы к профилактике / Л.П. Андреева, Н.П. Кулешов, Г.Р. Мутовин и др. // Педиатрия. — 2007. — Т. 86, № 3. — С. 8-14.

4. Чайка В.К., Роговая О.Н., Шпатусько Н.И., Мещеринова Г.В., Бабич Т.Ю. Анализ младенческой смертности от внутриутробных инфекций в Донецкой области и пути ее снижения//Журнал Здоровье ребенка. – 2006. - №1(1). – С.1-7.

5. Fleet M. S., de la Hunt M. N. //J. Pediatr. Surg. — 2000. — Vol. 35, N 9. - P. 1323-1325.

6. Sheth N. P., Chainani M. // Pediatr. Surg. Int. — 1998. — Vol. 13, N 5-6. - P. 455-456.

7. Shaw-Smith C. Oesophageal atresia, tracheo-oesophageal fistula, and the VACTERL association: review of genetics and epidemiology // Journal of Medical Genetics. — 2006. — V. 43. — P. 545-554.

8. Антонов О. В., Антонова И. В., Турчанинов Д. В. Идентификация и анализ причинно-следственных связей в системе инфекционная заболеваемость- частота и характер врожденных пороков развития // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2009. - №5. - С. 20-25.

9. Антонов, О.В. Внутриутробные инфекции и врожденные пороки развития у плода и новорожденных детей / О.В. Антонов, И.В. Антонова, О.В. Добаш // Детские инфекции. – 2005. – №2. – С. 64-66.

Резюме. У статті наведені дані обстеження 20 новонароджених дітей обох статей з обструктивними вадами розвитку шлунково-кишкового тракту які перебували на лікуванні у відділенні патології новонароджених обласної дитячої клінічної лікарні м. Донецька в 2014 р. Проводилося дослідження біоматеріалу взятого із зон ураження (слина, шлунковий сік, вміст тонкої і товстої кишки) на наявність збудників TORCH-інфекцій за допомогою ПЛР - дослідження з детекцією в режимі реального часу.

Ключові слова: вроджені вади розвитку шлунково-кишкового тракту, TORCH-інфекції, діти.

TORCH- INFECTIONS ROLE IN THE PATHOGENESIS OF COMPLEX CONGENITAL MALFORMATION OF THE GASTROINTESTINAL TRACT IN CHILDREN

Klimanskyi RP, Kelehsaev DV, Nosova IN

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky, Regional Children's Hospital, Donetsk

Summary. The paper presents the survey data 20 newborns of both sexes with obstructive malformations of the gastrointestinal tract that were treated at the Department of Pathology of the newborn regional children's hospital in the city of Donetsk in 2014. The investigation biomaterial taken from affected areas (saliva, gastric juice, filter small intestine and colon) for the presence of pathogens TORCH- infections using PCR-studies with the detection in real time.

Keywords: congenital malformation of the gastrointestinal tract, TORCH-infections, children.

УДК 616.71-018.46-002-036.12-031.74:616.7-006

ХРОНИЧЕСКИЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, СИМУЛИРОВАВШИЙ НОВООБРАЗОВАНИЕ КОСТИ

Литовка В. К., Гунькин А. Ю., Буслаев А. И., Черкун А. В.,
Радченко С. В.
Клиника детской хирургии имени проф. Н. Л. Куща
Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

Резюме. В статье приведено описание хронического спицевого остеомиелита у ребенка 14 лет, симулировавшего новообразование бедренной кости. После проведенного комплексного лечения наступило выздоровление.

Ключевые слова: новообразование, кости, остеомиелит, дети

В последнее время практические врачи все чаще сталкиваются с атипичными формами заболеваний, которые протекают без классической картины и представляют определенные трудности при диагностике. Подобную ситуацию мы наблюдаем в последние годы у детей и с первично-хроническим остеомиелитом, атипичные формы, которого трудно отличимые от необластического процесса. По-видимому, бесконтрольное назначение и применение антибактериальных препаратов привело к существенному изменению микробной флоры и реактивности организма, в результате чего появились такие формы остеомиелита [1-5]. Диагностика данной патологии нередко представляет трудности в связи с маловыраженным клиническим проявлением и сходством рентгенологической картины с изменениями, наблюдающимися при новообразованиях и дистрофических процессах костей [1,4,5,6]. Использование спиральной компьютерной томографии (СКТ), магнитно-резонансной томографии, сцинтиграфии не всегда позволяет поставить правильный диагноз и решающее значение в таких случаях имеет гистологическое исследование [1,5].

В клинике детской хирургии имени профессора Н.Л. Куща за последние 15 лет мы наблюдали 3 детей с первично-хроническим остеомиелитом, симулировавшим опухоль кости. Приводим одно из наших наблюдений.

Больная Б., 14 лет (история болезни № 12915), поступила в соматическое отделение областной детской клинической больницы г. Донецка 11.11.2013 с жалобами на припухлость и боли в области левого бедра, периодические подъемы температуры тела до 39,0 С. Ребенок болен с августа 2013 года, когда появилась отечность левого коленного сустава и болевой синдром. 03.09.2013 рентгенография костей левой нижней конечности – костно-деструктивных изменений не выявлено. Получал лечение у ревматолога по поводу подозрения на ювенильный ревматоидный артрит – улучшение не отмечалось. Нарос болевой синдром, отечность коленного сустава. Ребенок обследован и лечился по поводу левостороннего неспецифического гонита. Проводилась антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные препараты. Состояние не улучшалось. 27.11.13 произведена пункция левого коленного сустава – выпота не получено. Вводился дипроспан – без положительного эффекта. Сохранялась фебрильная лихорадка. 03.12.13 Проведена повторная рентгенография левой бедренной кости (рис. 1). Выявлена литическая

деструкция нижней трети бедренной кости с истончением кортикального слоя; в средней трети гиперостоз с закрытием костно-мозгового канала, периостальных реакций не выявлено. Из анамнеза жизни известно, что в 3-х летнем возрасте у ребенка был травматический перелом левого бедра со смещением отломков, проводилось скелетное вытяжение с последующей иммобилизацией.

Ребенок консультирован детских хирургом и переведен в I хирургическое отделение ОДКБ с подозрением на необластический процесс.

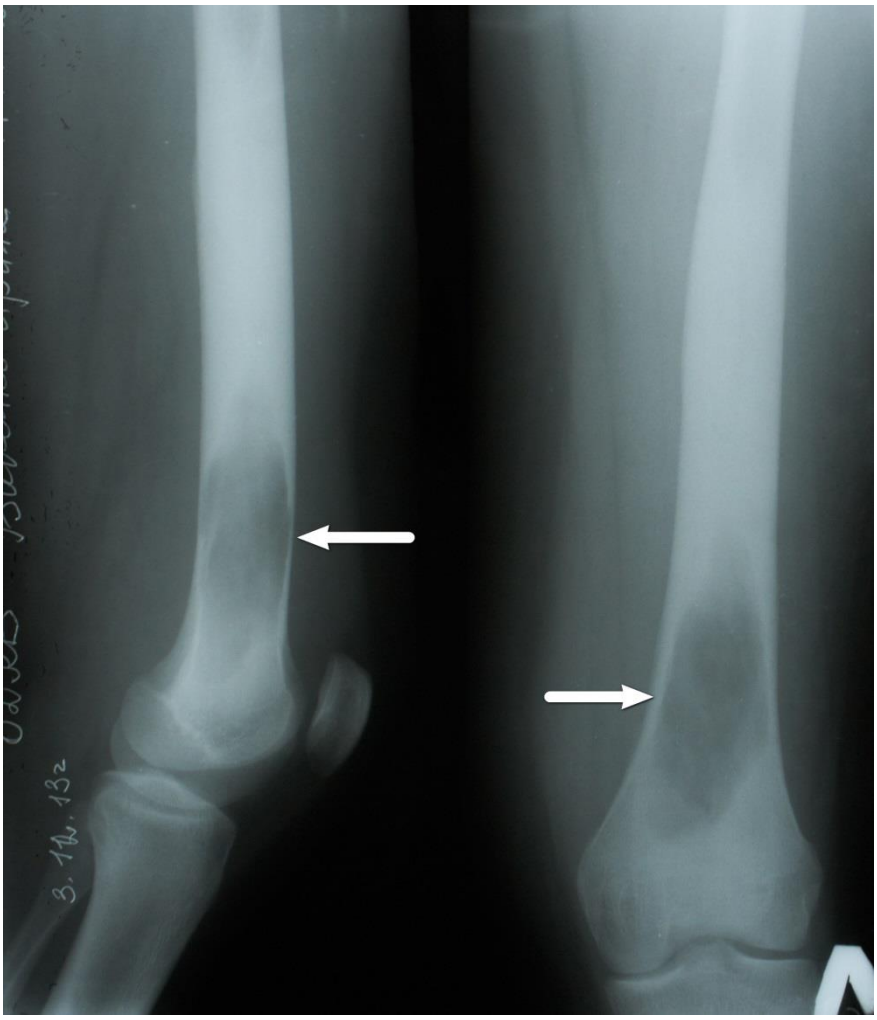


Рис. 1. Рентгенография левой бедренной кости

При поступлении в отделение общее состояние тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Субфебрильно лихорадит. Со стороны легких и сердца без особенностей. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Место болезни: левое бедро увеличено в объеме, больше в нижней трети. Здесь же отмечается болезненность при пальпации, местное повышение температуры. Имеется послеоперационный рубец на уровне мыщелка (место проведения спицы). Активные и пассивные движения в левом коленном суставе ограничены.

Заподозрена опухоль левой бедренной кости (остеобластокластома? остеосаркома?). Проведено дообследование. В общеклинических и биохимических анализах крови: ускорение СОЭ, лейкоцитоз, анемия легкой

степени, повышение СРБ, титр АСЛО и ревматоидный фактор в норме.

С целью верификации диагноза проведено оперативное вмешательство 06.12.2013 (хирург – к.мед.н. Гунькин А. Ю.).

После обработки операционного поля по переднее-наружной поверхности левого бедра произведен разрез кожи длиной 10 см. Гемостаз. Рассечена фасция. Тупым путем разведены мышцы. Мягкие ткани по ходу раневого канала инфильтрированы. Надкостница отечна, утолщена. Периостотомия на участке 6,0 см с биопсией надкостницы. Кость плотная. Произведена остеотрепанация с биопсией кости. Под давлением выделилось до 50 мл жидкого гноя. Опухолевой ткани не обнаружено. Произведен забор гноя для бакпосева. Кюретаж полости – удалена грануляционная ткань с фибрином. Полость гнойника промыта раствором бетадина. Рана дренирована резиновым выпускником поставленным к месту остеотрепанации. Операционная рана послойно ушита до дренажа. Туалет. Асептическая наклейка. Произведена пункция верхнего заворота коленного сустава по медиальной поверхности, получено до 20 мл густого гноя. Разрез кожи длиной 3 см, в зоне пункции. Мягкие ткани разведены, заворот вскрыт, получено до 30 мл гноя, рана дренирована резиновым дренажем. Ас повязка. Макропрепараты: участки кости и надкостницы с фибрином и гноевидным содержимым. Диагноз: Первично-хронический («спицевой») остеомиелит левой бедренной кости (типа Абсцесса Броди). Вторичный гнойный гонит.

Для дальнейшего лечения ребенок переведен во 2-е хирургическое отделение. Послеоперационный период протекал гладко. Ребенок получил инфузионную терапию, два курса антибактериальной терапии, общеукрепляющее лечение, лазеротерапию, электрофорез с димексидом. Швы сняты, раны зажили вторичным натяжением. Гистологическое заключение (№ 10666-67 и №10668-83): в препарате участок компактной и губчатой кости с резко выраженными дистрофическими изменениями, вплоть до некроза и некробиоза костной ткани, отмечаются очаги лимфо-лейкоцитарной воспалительной инфильтрации, в надкостнице и скелетной мускулатуре – участки хронического воспаления с дистрофией мышечных волокон.

В данном случае мы считаем, что воспалительный процесс в кости был связан с проводившимся в анамнезе скелетным вытяжением по поводу перелома левой бедренной кости. То есть имел место «спицевой остеомиелит», который перешел в хроническое течение.

Больная выписана из отделения в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Пациент осмотрен через 3 месяца. Жалоб нет. Ходит не хромая. Рентгенография левой бедренной кости без патологии. Здорова.

Литература:

1. Абаев Ю.К., Швед И.А., Клецкий С.К. Подострый и первично-хронический остеомиелит в детском возрасте // Вестник хирургии. – 2005. - № 4.- С. 54-57.

2. Грона В.Н., Литовка В.К., Журило И.П., Латышов К.В. Опухоли и опухолеподобные образования у детей. – Донецк: Норд Прес, 2010. – 364 с.

3. Литовка В.К., Журило И.П. Конденсирующий остеит у детей // Клінічна хірургія. – 1992. – № 6. – С. 74-75.

4. Сравнительная оценка различных способов остеосинтеза переломов длинных трубчатых костей / Эринле Р.М., Рак А.В., Линник С.А., Салдун Г.П. // Травматология и ортопедия России. – 1996. – №5. – С. 22–23.

5. Ezza E., Wientroub Sh. Primary subacute haematogenous osteomyelitis: are biopsy and surgery always indicated? // J. Pediatr. Ortop. – 1996. - Vol. 16, № 4. – P. 220-223.

6. Rasool M.N. Primary subacute haematogenous osteomyelitis in children // J. Boner. Joint. Surg. – 2001. - Vol. 83, № 1. – P. 93-98.

Резюме. У статті приведено описання випадку хронічного спицевого остеомієліту у дитини 14 років, який симулював новоутворення стегнової кістки. Після проведеного комплексного лікування настало одужання.

Ключові слова: новоутворення, остеомієліт, діти

THE CHRONIC OSTEOMYELITIS FEIGNING THE SARCOMA OF THE BONE

Litovka V.K., Gunkin A.Y., Buslaev O.I., Cherkun O.V., Radchenko S.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky
Regional Children's Hospital, Donetsk

Sammary. The case of chronic osteomyelitis in child of 14 years feigning a sarcoma of a femur has been described. Complete recovery occurred after complex treatment.

Key words: tumor, osteomyelitis, children

УДК 617.55-031.3-007.43-053.2

ГРЫЖИ БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА У ДЕТЕЙ

Литовка В.К., Журило И.П., Весёлый С.В., Латышов К.В., Иноземцев И.Н., Гунькин А.Ю., Музалев А.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького
Областная детская клиническая больница, г. Донецк

Резюме. Грыжа белой линии живота у детей встречается редко, составляя 2,1% от всех грыж передней брюшной стенки. В клинике детской хирургии имени профессора Н.Л.Куща за последние 15 лет (1999-2013 гг.) лечилось 5344 ребенка по поводу грыж брюшной стенки. У 117 детей (2,1%) была диагностирована грыжа белой линии живота. Проводилось только оперативное лечение, с 3-4 летнего возраста. Благоприятный исход наблюдался у всех больных. Осложнения имели место у троих детей (у двух - воспалительный инфильтрат в области операционной раны, у одного - лигатурный свищ). После проведенного лечения осложнений наступило выздоровление.

Ключевые слова: грыжи белой линии живота, дети.

Грыжи белой линии живота у детей встречается редко, составляя 1-2% всех грыж брюшной стенки у детей [1, 2, 4]. Они могут располагаться от уровня мечевидного отростка до пупка. Выделяют околопупочные (параумбиликальные) грыжи, локализующиеся вблизи пупка, и эпигастральные, расположенные выше. Возникновение подобных грыж связывают с недоразвитием апоневротического тяжа, называемого белой линией живота.

Белая линия представляет собой сплетение сухожильных волокон,

идущих от каждого слоя латеральных мышц брюшной стенки и соединяющихся по средней линии с волокнами противоположной стороны. Кроме того, мелкие сухожильные волокна, исходящие из грудино-реберной части диафрагмы, спускаются вертикально непосредственно от реберного края к средине расстояния между мечевидным отростком и пупком, где они изгибаются медиально, чтобы соединиться с волокнами брюшной стенки [1]. Одной из особенностей белой линии живота у детей является ее относительная ширина при сравнительно малой толщине тканей. Между пучками апоневротических волокон, встречающихся по средней линии живота, могут быть щелевидные дефекты; с ростом ребенка они уменьшаются. Через незакрывшиеся дефекты в апоневрозе проникают небольшие участки предбрюшинной жировой клетчатки с прилежащей париетальной брюшиной. Крайне редко содержимым грыжевого мешка может быть петля или стенка тонкой кишки [1, 2].

Возникновению эпигастральных грыж может способствовать повышение внутрибрюшного давления при метеоризме, запорах и при кашле, что может приводить к разрыву тонких сухожильных волокон с появлением дефектов. Грыжи белой линии выявляются обычно после 2-3 лет жизни. Ущемленные грыжи этой локализации казуистически редки.

Клинически они обычно протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно врачами при профилактических осмотрах или родителями. Как правило, по средней линии живота определяется округлое выпячивание (или опухолевидное образование), чаще гладкое, эластическое, иногда слегка болезненное при пальпации. При надавливании грыжевое выпячивание не исчезает, но может несколько уменьшиться, если в состав грыжи входит не только предбрюшинная клетчатка, но и сальник или стенка кишки. При выраженной подкожной жировой клетчатке подобное грыжевое выпячивание чаще всего, не выявляется. Только при тщательной пальпации и изменении положения больного удается обнаружить такую грыжу у тучных детей. Иногда в связи с наличием болевого синдрома педиатры чаще подозревают гастродуоденит, мезаденит [1, 2]. При ущемлении наблюдаются острые боли в зоне грыжи. Такие грыжи не следует вправлять.

Грыжи белой линии лечатся оперативным путем, так как самостоятельно они никогда не проходят (в отличие от пупочных грыж) [1, 3]. Кожу рассекают по средней линии над грыжевым выпячиванием, вначале выше и ниже его освобождают апоневроз, затем выделяем края дефекта и на зонде Кохера, введенным в грыжевое кольцо, рассекают апоневроз вверх и вниз. При отсутствии ущемления, когда выпячиванием является лишь жировая ткань, ее прошивают и перевязывают под основанием узловыми кетгутовым швом, затем иссекают.

При ущемлении грыж выпячивание отделяют от апоневроза, клетчатку расслаивают, если вслед за жировой клетчаткой обнаруживают грыжевой мешок, то его вскрывают, убеждаются в том, что к нему не подпаяна стенка кишки. Рану послойно ушивают наглухо. При большом дефекте лучше наложить П-образные швы.

В клинике детской хирургии им. профессора Н.Л.Куща за последние 15 лет (1999-2013 гг.) лечилось 5344 ребенка по поводу грыж брюшной стенки. У 117 (2,1%) была диагностирована грыжа белой линии живота. Лиц женского пола было 66 (56,4%), мужского - 51 (43,6%). Больные были в возрасте от 3 до 15 лет. Следует указать, что около 75% детей были в возрасте от 5 до 9 лет. У 38 (32,4%) детей диагностирована параумбиликальная грыжа, у 59 (50,4%) больных грыжа располагалась в средней трети белой линии живота, у 20 (17,1%) в верхней трети. У 12 детей (10,2%) были множественные грыжи. Все они располагались в средней трети белой линии живота. Только у половины пациентов дефект в апоневрозе располагался строго по средней линии, а у второй половины он находился ближе к правой или левой прямой мышце живота. В подавляющем большинстве случаев (109 детей) в месте дефекта в апоневрозе обнаруживалась предбрюшинная липома, которую вправить не удавалось, так как ее размеры всегда были больше, чем дефект в апоневрозе. Размеры липомы варьировали от 0,5-0,6 см до 0,9-1,0 см. У 6 детей в грыжевом мешке находилась прядь сальника, у 2 - участок стенки тонкой кишки. Ущемленных грыж белой линии живота в своей клинической практике мы не встречали.

Все больные были оперированы с благоприятным исходом. Осложнения имели место у троих детей (у двух - воспалительный инфильтрат в области операционной раны, у одного - лигатурный свищ). После проведенного лечения осложнений наступило выздоровление.

Выводы:

1. Грыжа белой линии живота у детей встречается редко, составляя 2,1% от всех грыж брюшной стенки. Самоизлечение грыж белой линии живота не происходит.

2. Этой категории больных показано оперативное лечение с 3-4 летнего возраста.

Литература:

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия.- СПб.: Пит – Тал, 1997. - 392 с.

2. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей: рук. для врачей. – СПб.: Питер Пресс, 1997. – 464 с.

3. Журило И.П., Литовка В.К., Сопов Г.А. и др. О пупочных грыжах у детей // Проблемні питання педіатрії та вищої медичної освіти (VI випуск): Зб. наук. праць. – Донецьк: Світ книги, 2012. – С. 444-445.

4. Погорилый В.В., Гончарук В.Г.. Якименко О.Г. та інш. Лікування гриж у дітей // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Запоріжжя: "О-маркет ПП Гриценко І.Я.", 2005. – Т. 2. – С. 157-158.

Резюме. Грижа білої лінії живота в дітей зустрічається рідко, становлячи 2,1% від всіх гриж передньої черевної стінки. У клініці дитячої хірургії імені професора Н.Л.Куща за останні 15 років (1999-2013 р.) лікувалося 5344 дитини із приводу гриж черевної стінки. У 117 дітей (2,1%) була диагностирована грижа білої лінії живота. Проводилося тільки оперативне лікування, з 3-4 літнього віку. Успішний результат спостерігався у всіх хворих. Ускладнення мали місце у трьох дітей (у двох - запальний інфільтрат в області операційної

рани, в одного - лігатурний свищ). Після проведеного лікування ускладнень наступило видужання.

Ключові слова: грижі білої лінії живота, діти.

EPIGASTROCELE ABDOMEN IN CHILDREN

Litovka V.K., Zhurilo I.P., Veselyy S.V., Latyshov K.V., Inozemtsev I.N., Gunkin A.U., Muzaliov A.A.

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Regional Children's Hospital, Donetsk

Summary. Epigastrocele abdomen in children is rare, accounting for 2.1% of the anterior abdominal wall hernias. In clinic of pediatric surgery named professor N.L.Kusch over the last 15 years (1999 to 2013) were treated over 5344 children with abdominal wall hernias. Epigastrocele abdomen was diagnosed in 117 children (2.1%). They carried only surgical treatment, with 3-4 years of age. A favorable outcome was observed in all patients. Complications occurred in three children. Inflammatory infiltrate appeared in two children in the surgical wound. Ligature fistula originated in one child. Recovery occurred after treatment complications.

Key words: epigastrocele belly, children.

УДК: 616.617-007-073.48-089-053.3

УЗИ ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С МЕГАУРЕТЕРОМ.

Мальцев В.Н., Журило И.П., Щербинин А.В., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Харагезов А.М., Лепихов П.А, Радченко С.В.

Областная детская клиническая больница г. Донецка

Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме: в работе описывается применение УЗИ для диагностики и определения тактики ведения больных с мегауретером. Определены критерии диагностики данной патологии.

Ключевые слова: мегауретер, УЗИ, дети.

В литературе большое количество работ посвящено дифференциальной диагностике органических и функциональных причин, приведших к расширению мочеточника у детей старшего возраста. Вопросы же дифференциальной диагностики органических и функциональных причин мегауретера у детей раннего возраста освещены недостаточно. В связи с ранней пренатальной диагностикой порока возросла необходимость поиска и разработки наиболее рациональных и эффективных схем лечения данной патологии.

Материалы и методы. Нами в 2013-2014 г. Обследовано 54 ребенка с пороками развития мочеточников, всем детям проводилось ультразвуковое исследование с допплерографией.

Результаты. В раннем неонатальном периоде мы проводим контрольное ультразвуковое обследование с участием неонатолога, акушера-гинеколога и детского уролога, что позволяет выработать единую тактику дальнейшего ведения больного, что обеспечивает преемственность в лечении и раннюю выявляемость и соответственно раннюю коррекцию порока.

Допплеровскими признаками снижения функции почки мы считаем

обеднение интраренального рисунка, снижение усредненной по времени или минимальной (диастолической) скорости кровотока, снижение максимальной (систолической) скорости кровотока даже при сохранении резистивных характеристик в пределах возрастной нормы, все эти критерии свидетельствуют в пользу органической природы патологии и в тактическом плане требуют оперативного лечения в ближайшие сроки.

Доплеровское исследование нами так же применяется с целью исследования мочеточникового выброса и динамики прохождения болюса мочи по мочеточнику, что позволяет полнее оценить его функциональную полноценность. В случае необходимости более детально оценить функцию и строение мочевыделительной системы или при расхождении данных УЗИ и других методов исследования мы применяем сонографическое исследование с фармнагрузкой.

Развитие ультразвуковой диагностики позволяет разработать комплекс критериев дифференциальной диагностики органической и функциональной природы мегауретера:

1) повышение эхогенности паренхимы;
2) толщина паренхимы 5 мм и менее;
3) контралатеральная гипертрофия;
4) повышение индекса резистентности на различных уровнях;
5) диаметр мочеточника 10 мм и более;
6) неперестальтирующий мочеточник;
7) изменение скоростных характеристик мочеточникового выброса.

Сумма этих критериев позволяет диагностировать обструктивные и необструктивные уропатий на разных уровнях.

Наше лечение заключалось в применении длительного дренирования нижних мочевых путей катетером Фоллея (до 1 месяца), с чередованием акта естественного мочеиспускания (также до 1 месяца или до момента обострения вторичного пиелонефрита). Медикаментозная поддержка заключалась в антибактериальной терапии, с учетом чувствительности микрофлоры, а также обязательной противорецидивной терапии уросептиками и фитотерапией, особенно в бездренажный период.

Контрольные амбулаторные обследования проводились ежемесячно в первые полгода жизни, раз в два месяца до годовалого возраста и раз в три месяца до 2 лет жизни. При этом основными методами были исследования мочи и крови для определения степени активности течения хронического пиелонефрита и контроля за выделительной функцией почек. Из дополнительных методов обследования проводилось УЗИ органов мочевой системы. Экскреторную урографию и микционную цистографию использовали только при подозрении на ухудшение структурных параметров и функции почек, для подтверждения обоснованности предполагаемой операции.

Показанием для оперативного лечения были не купируемый воспалительный процесс в течение одного месяца, прогрессирование дилятации мочеточников и чашечно-лоханочной системы, истончение паренхимы и

нарушение выделительной функции почек.

Выводы: 1. Антенатальный ультразвуковой скрининг на врожденную патологию мочевыводящей системы способен сделать существенный вклад в оптимизацию диагностики, что скажется на своевременной коррекции патологии и соответственно на улучшении результатов лечения.

2. Всем детям с подозрением на наличие порока развития мочеточника показано проведение ультразвукового исследования с доплерографией в динамике.

3. Всем детям с мегауретером показано проведение консервативной терапии с динамическим мониторингом состояния мочевыделительной сиситемы.

Литература:

1. Сеймівський Д.А., Калищук ОА., Петербургьский В.Ф., Нікуліна Г.Г. та співав. Тактика лікування мегауретера у дітей в залежності від його клінічного варіанту.// Хірургія дитячого віку. – 2009. -№3. – С.6-11.

2. Arena F., Baldari S., Proietto F., et al. Conservative treatment in primary neonatal megaureter. // European J. Pediatric surgery. - 1998. - Vol. 6. - P. 347-351.

Резюме: у роботі описується застосування УЗД для діагностики та визначення тактики ведення хворих з мегауретером. Визначено критерії діагностики даної патології.

Ключові слова: мегауретер, УЗД, діти.

U.S. DIAGNOSTICS AND TRIATMENT TACTICS IN CHILDREN WITH MEGAURETHER.

Maltsev V.N., Zhurilo I.P., Shcherbinin A.V., Fomenko S.A.,
Shcherbinin A.A., Haragezov A.M., Lepikhov P. A., Radchenko S.V.
Regional Children's Hospital of Donetsk
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary: We describe the use of ultrasound for the diagnosis and management of patients with megaureter. Defined criteria for the diagnosis of this pathology.

Keywords: megaurether, ultrasound, children.

УДК: 616.62-002-089-053.2

НАШИ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ.

Мальцев В.Н., Журило И.П., Щербинин А.В., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Харагезов А.М., Пошехонов А.С., Юхно Т.Д., Сухин С.И.
Областная детская клиническая больница г. Донецка
Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме: работа посвящена проблеме диагностики и лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. В статье описываются консервативный и оперативный методы лечения.

Ключевые слова: пузырно-мочеточниковыый рефлюкс, дети, лечение.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР), представляющий собой ретроградный ток мочи из мочевого пузыря в верхние мочевые пути, встречается с частотой 1% среди здорового детского населения, 21% — у детей,

страдающих инфекцией мочевыводящих путей, 50—70% — у больных с хроническим пиелонефритом. При несостоятельности уретеровезикального соустья ток мочи ведет к повышению внутримочеточникового и внутрилоханочного давления, угнетению сократительной активности мочеточника и лоханки, лоханочно-почечному рефлюксу. Указанные расстройства уродинамики способствуют возникновению и рецидивирующему течению пиелонефрита с нарушением структуры и функции почки, развитию рефлюкс-нефропатии с наличием локальных или генерализованных рубцов в паренхиме почки, артериальной гипертензии. Все это обусловливает необходимость своевременного лечения ПМР.

Цель работы – обобщить наш опыт диагностики и лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей

Материалы и методы. За период 2013-2014 на лечении в урологическом отделении ОДКБ находилось 65 детей с данной патологией. Преобладали дети в возрасте 1-3 года (42,3%), дети в возрасте до 7 лет составляли – 35% пациентов, значительно реже встречались пациенты до года и старше 7 лет. Девочки составляют 67% больных, с двусторонним процессом было 32% детей, с левосторонним – 48%, с правосторонним 20%.

Наиболее частой причиной обращения служила рецидивирующие эпизоды пиелонефрита и безсимптомной лейкоцитурии, на втором месте стоят изменения в виде расширения лоханки и мочеточника выявленные во время УЗИ.

Методы обследования у детей с ПМР можно разделить на необходимые и дополнительные. К необходимым, мы относим: общеклинический и биохимический анализы крови и мочи, сонографическое исследование почек и, как основной метод верификации диагноза, микционную цистографию. К дополнительным относятся УЗИ с допплерографией почек и мочеточникового выброса, экскреторную урографию, цистоскопию.

Результаты и обсуждение. При установлении диагноза ПМР лечение начинаем с курсов консервативной терапии которая включает в себя иглорефлексотерапию, физиотерапию на фоне антибиотикотерапии.

Медикаментозная поддержка заключалась в антибактериальной терапии, с учетом чувствительности микрофлоры, а также обязательной противорецидивной терапии уросептиками и фитотерапией, особенно в бездренажный период.

Курс лечения состоит из трех циклов консервативной терапии с месячными интервалами между ними. В конце каждого курса выполняем микционную цистографию для оценки динамики патологического процесса. Наличие положительной динамики позволяет нам продолжить консервативное лечение. После двух рентгенологических обследований на которых мы не выявляем ПМР – мы считаем больного выздоровевшим

Показаниями к проведению эндоскопической коррекции рефлюкса мы считаем:

1. Первичный ПМР II–IV степени с нарушением функции почки,

выраженными расстройствами уродинамики и частыми обострениями пиелонефрита в анамнезе

2. ПМР II–IV степени на фоне дисфункции мочевого пузыря с проявлениями рефлюкс-нефропатии и изменениями показателей уродинамики пузырно-мочеточникового сегмента. При этом обязательным является проведение в послеоперационном периоде лечения нарушения адаптационной функции мочевого пузыря.

3. ПМР при отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии на протяжении 1–1,5 лет с рецидивами инфекции мочевых путей

4. Интерметирующий и рецидивирующий характер рефлюкса выявляемый на микционной цистографии.

Показаниями к трансвезикальной пересадке мочеточников мы считаем:

1. Первичный ПМР IV-V степени с нарушением функции почки, выраженными расстройствами уродинамики и частыми обострениями выторичного пиелонефрита

2. Отсутствие эффекта от ранее проведенной эндоскопической коррекции рефлюкса.

В результате консервативных мероприятий положительные результаты достигнуты у 67% пациентов, однако рефлюкс не выявлялся у 25% больных, у остальных уменьшилась степень заброса и не было обострений ВХП.

В группе пациентов которым проводилась эндоскопическая коррекция удовлетворительных результатов удалось добиться 81,5%, что соответствует данным мировой литературы. Удовлетворительных результатов группе детей, которым выполнялась трансвезикальная пересадка мочеточников удалось добиться в 93% случаев.

Выводы. Таким образом, все дети с подозрением на пузырно-мочеточниковый рефлюкс должны проходить комплексное урологическое обследование.

Литература:

1. Cooper C. S., Austin J. *C.* Vesicoureteral reflux: who benefits from surgery? // Urol. Clin. North Am. 2004, 31, 535–541.

2. Lackgren G., Wahlin N., Stenberg A. Endoscopic treatment of children with vesico-ureteric reflux. Acta Paediatr Suppl 1999; 88 (431): 62—71.

3. Осипов И.Б., Лебедев Д.А., Соснин Е.В., Осипов А.И. Результаты эндоскопической коррекции пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей. В кн.: Материалы X Российского съезда урологов. М; 2002; с. 763.

Резюме: робота присвячена проблемі діагностики та лікування міхурово- сечовідного рефлюкса у дітей. У статті описуються консервативний і оперативний методи лікування.

Ключові слова: міхурово- сечовідний рефлюкс, діти, лікування.

OUR APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF CHILDREN WITH VESICOURETERAL REFLUX .

Maltsev V.N., Zhurilo I.P., Shcherbinin A.V., Fomenko S.A., Shcherbinin A.A., Haragezov A.M., Poshekhonov A.S., Yuhno T.D., Sukhin S.I.

Regional Children's Hospital of Donetsk

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary: The paper is devoted to the problem of diagnosis and treatment of vesicoureteral reflux in children. This article describes the conservative and operative treatments .

Keywords: vesicoureteral reflux, children, treatment .

УДК 616.11-003.4-053.2

ЦЕЛОМИЧЕСКИЕ КИСТЫ ПЕРИКАРДА У ДЕТЕЙ

Сопов Г.А., Журило И.П., Литовка В.К., Веселый С.В., Черкун А.В., Латышов К.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Областная детская клиническая больница, г. Донецк

Резюме. Целомические кисты перикарда у детей являются редко встречаемым заболеванием. В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л.Куща за последние 30 лет находилось на лечении трое детей с данной патологией. Проведено оперативное лечение. Осложнений не отмечалось. Во всех случаях наступило выздоровление.

Ключевые слова: целомические кисты, перикард, дети.

Целомические или перикардиальные кисты являются довольно редким заболеванием и еще реже встречаются в детском возрасте [1, 2, 4, 6]. Термин «целомические кисты перикарда» предложен в 1940 году A.V.Lambert. Кисты представляют собой образования, стенки которых по строению напоминают перикард.

Макроскопически целомическая киста состоит, как и стенка перикарда, из двух основных компонентов – мезотелия и соединительной ткани, образующей основу. Последняя обычно волокнистая, в морфологическом строении преобладают эластические волокна. Сходство гистологического строения кистозных образований со стенкой перикарда привело к предположению, что их происхождение связано с развитием перикарда в эмбриональном периоде, хотя многие вопросы гистогенеза остаются нерешенными до сих пор [3, 5].

Кистозные образования перикарда обычно имеют округлую или овальную форму и бывают одно-, двух- и многокамерными. Они интимно соединяются с перикардом на большем или меньшем протяжении и только в редких случаях могут прикрепляться к перикарду с помощью ножки в виде фиброзного тяжа [2, 6].

Стенка целомических кист, как правило, бывает прозрачной, тонкой, фиброзной. Наружная поверхность кист гладкая, серого и серовато-желтого цвета; внутренняя поверхность – гладкая, блестящая. Содержимое кисты обычно прозрачное или соломенно-желтого цвета, иногда имеет осадок.

Клиническая картина целомических кист перикарда отличается скудостью симптомов и чаще диагностируются при проведении рентгенологического исследования [1]. Из троих пациентов, которые находились на лечении в нашей клинике, лишь у одного отмечались жалобы на наличие изжоги, частые отрыжки, изредка - загрудинные боли.

Наиболее типичной локализацией целомических кист является сердечно-диафрагмальный синус переднего средостения. В литературе имеются указания на преобладание правосторонней локализации (60%) Рис. 1, в левом синусе –

30% и в других отделах переднего средостения – 10% случаев [2, 5].



Рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки, киста перикарда справа

Тень кисты обычно овальной или округлой формы, с четким наружным контуром. Внутренний контур сливается с тенью сердца, нижний – может достигать диафрагмы. В боковой проекции целомические кисты перикарда определяются спереди на фоне тени сердца, прилегая к передней грудной стенке и диафрагме.

К специальным методам рентгенологического исследования прибегают при необходимости. В прошлом веке использовали пневмомедиастинографию, пневмоперитонеум, диагностический пневмоторакс, ангиопульмонографию. В современной диагностике предпочтение отдается компьютерной и магнито-резонансной томографии.

Лечение целомических кист перикарда оперативное. В последние годы получили развитие методы видеоторакоскопии [6].

В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л.Куща за последние 30 лет находилось на лечении 3 детей с целомическими кистами перикарда. Приводим одно из наших наблюдений. Ребенок 8 лет поступил с жалобами на изжогу, отрыжку, одышку при физической нагрузке. Болеет около 1,5 лет. Получал консервативное лечение у педиатра по поводу предполагаемого гастрита, эзофагита. Улучшения не отмечалось. Заподозрена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. В отделении ребенок был обследован. Общеклинические анализы в пределах возрастных норм. При рентгенографии в правом сердечно-диафрагмальном синусе выявлена округлая гомогенная тень, которая сливалась с тенью сердца и диафрагмы. С диагностической целью был наложен пневмоперитонеум, что позволило исключить параэзофагеальную грыжу. Было заподозрено наличие целомической кисты перикарда, ребенок был прооперирован (хирург – [проф. Кущ Н.Л.]). Произведена боковая торакотомия справа. Во время операции выявлена киста до 8,0 см в диаметре, интимно спаянная с перикардом. Частично острым, частично тупым путем киста была отделена от перикарда и удалена. Образовавшийся дефект перикарда до 1,0 см ушит наглухо.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. При гистологическом исследовании ткани кисты выявлены клетки мезотелия, грубоволокнистая ткань. После проведенного лечения жалобы на изжогу, одышку, с которыми поступал ребенок, исчезли. Ребенок выписан из отделения на 9-е сутки. Контрольные осмотры через 3 месяца, 6 месяцев и 2 года. Жалоб нет, здоров.

Остальные 2-е детей были прооперированы по поводу подозрения на лимфангиому средостения - в первом случае, и по поводу подозрения на дермоидную кисту средостения – во втором. Во всех случаях наступило выздоровление. Осложнений не было.

Несмотря на редкость данной патологии у детей и трудности при диагностике, следует помнить, что использование КТ позволяет поставить точный диагноз. Во всех случаях показано оперативное лечение. Оптимальным считается переднее-боковой торакальный доступ. Сложности во время оперативного вмешательства могут быть обусловлены тем, что целомические кисты зачастую тесно связаны с жизненно важными органами и крупными сосудистыми стволами.

Литература:

1. Кущ Н. Л. Кисты и кистоподобные образования у детей. – Киев: Здоров`я, 1983. – 120 с.

2. Овнатанян К. Т., Кравец В. М. Опухоли и кисты средостения (включая патологию вилочковой железы). – Киев: Здоров`я, 1971.– 167 с.

3. Comoglio C, Sansone F, Delsedime L, Campanella A, Ceresa F, Rinaldi M. // Mesothelial cyst of the pericardium, absent on earlier computed tomography. - Tex Heart Inst J. – 2010. – 37(3). – 354-7.

4. Ujiie H, Okada D, Nakajima Y, Akiyama H. // A case of coelomic cysts of the mediastinum. - Asian Cardiovasc Thorac Ann. – 2013. - Aug; 21(4). –479-81.

5. Myung RJ, Leshnower BG, Miller JI Jr. // Mediastinal coelomic cyst. - Ann Thorac Surg. – 2011. – Jun. 91(6). – 1967-9.

6. Le Pimpec-Barthes F, Cazes A, Bagan P, Badia A, Vlas C, Hernigou A, Pricopi C, Riquet M. // Mediastinal cysts: clinical approach and treatment. – Rev Pneumol Clin. – 2010. – Feb;66(1). – 52-62

Резюме. Целомічні кісти перікарду є доброякісними новоутвореннями. Ми наводимо 3 випадки цього захворіння. Патогістологічне дослідження підтвердило діагноз целомічної кісти. Проведено оперативне лікування. Целомічні кісти перикарду слід диференціювати при новоутвореннях межостіння.

Ключові слова: целомічні кісти, перікард, діти.

COELOMIC CYSTS OF PERICARD IN CHILDREN

Sopov G.A., Zhurilo I.P., Litovka V.K., Veselyy S.V., Chercun A.V., Latyshov K.V.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Summary. Coelomic cysts are uncommon benign abnormalities. We present the cases of 3 patients with a cyst in the mediastinum. Pathological examination confirmed the diagnosis of pericardial cyst. Clinicians should include pericardial cyst in the differential diagnosis of mediastinal masses.

Key words: coelomic cysts, pericard, children.

РАЗНОЕ

УДК 616.8-07-08-039.34-003.96

ПРИНЦИПЫ АДАПТАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДИСНЕВРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Сокрут В.Н., Поважная Е.С., Пеклун И.В.,
Зубенко И.В., Карлова И.В.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Резюме. Назначение реабилитационных мероприятий основывается на патогенетических принципах и определяется типом дисневротического синдрома и формой психогений. При депрессивном состоянии предпочтение отдают тонизирующим методикам (адаптационная терапия). При гиперреактивности организма обосновано использование физических факторов с первичным стресс-лимитирующим эффектом.

Ключевые слова: адаптационная реабилитация, дисневротический синдром.

Показатели заболеваемости ЦНС имеют отчетливую тенденцию к увеличению во многих развитых странах. Среди патологии ЦНС дисневротический синдром по своей распространенности занимают одно из первых мест. Дисневротический синдром является типовым процессом дисадаптации и составляет основу многих нервных расстройств и соматических заболеваний (психо/соматогении). Распространенность аффективных расстройств, которые по праву считаются болезнями цивилизации, составляет 10-15%.

В основе психогений лежит типовой процесс дисневротический синдром, который в зависимости от вегетативного паспорта человека проявляется либо активацией возбуждения, либо, напротив, усилением торможения. В первом случае, чаще у симпатотоников, диагностируют астению, неврастению, истерии и невроз навязчивых состояний. Во втором, в основном у ваготоников, на первый план выходят депрессивные состояния.

Невротический синдром по возбуждающему типу чаще наблюдается на фоне гиперреактивности организма. Он характеризуется дисбалансом нервной регуляции в сторону симпатикотонии с увеличением уровня катехоламинов, серотонина, повышенной активностью С-клеток щитовидной железы с высокой концентрацией кальцитонина в крови и кальция внутриклеточно, низким уровнем магния, преобладанием возбуждающих аминокислот и стресс-индуцирующих гормонов, чрезмерной активаций ПОЛ и аллергическими реакциями.

При дисневротическом синдроме с преобладанием тормозных процессов и депрессивными явлениями, напротив, отмечается гипореактивность организма. Его формируют сдвиг вегетативных реакций в сторону парасимпатической системы с дисбалансом норадреналина и серотонина, низкий уровень кальцитонина в крови и внутриклеточного кальция на фоне его повышенного содержания в плазме, преобладание тормозных аминокислот, магния и стресс-лимитирующих гормонов, низкая интенсивность ПОЛ, иммунодефицитные состояния.

Реабилитационная тактика требует выявления формы вегетативного

тонуса, симптомов изменений в эмоциональной и когнитивной сфере, мотивации. С этой целью разработан совместно проф. Сокрутом В.Н. и асс. Карловой И.В. тест на альтернативной основе, устанавливающий форму психогении и дисневротического синдрома (с доминирующим возбуждением ЦНС на фоне симпатотонии с чувством паники или, напротив, преобладанием тормозных процессов в ЦНС с ваготонией, депрессией и чувством тревоги) [2]. Выявление с помощью этого теста формы психогении (депрессивной или истерической) определяет дифференцированную седативную или тонизирующую тактику лечения.

Терапия нервных расстройств должна включать прекращение действия этиологического фактора (устранение стрессорного раздражителя, психотерапия) и нормализацию деятельности измененных нервных структур, сбалансирование параметров гомеостаза. Вликвидации патологической системы важную роль играет ее дестабилизация. В остро возникающих патологических системах существенным дестабилизирующим механизмом является инактивация патологической детерминанты. В хронических патологических системах ликвидация первичной детерминанты не всегда эффективна, однако даже при наличии вторичных детерминант, дает положительный эффект. Вторая часть терапия должна быть направлена непосредственно на нормализацию нарушений деятельности органа и носит симптоматической характер, что позволяет купировать клинические проявления синдрома.

Психогении, в основе которых лежит дисневротический синдром, предусматривают, прежде всего трансцеребральные физиотерапевтические воздействия (лобно-затылочные, лобно-сосцевидные, трансорбитально, битемпорально), а также вдоль позвоночника, на затылок, шейные симпатические узлы, заднюю область шеи и предплечье по ходу срединного нерва и седалищного нерва (задняя поверхность), голень.

Назначение физиотерапии основывается на патогенетических принципах и определяется типом дисневротического синдрома и формой психогений. При депрессивном состоянии предпочтение отдают тонизирующим методикам (адаптационная терапия): общей франклинизации, дарсонвализации воротниковой зоны, электрофорезу психостимуляторов, душам, механическим и соляным ваннам, лимфопрессу, КВЧ- и свето- и хромотерапии теплыми тонами.

При гиперреактивности организма обосновано использование физических факторов с первичным стресс-лимитирующим эффектом, при гипореактивности, напротив, показаны факторы с первичным стресс-индуцирующим влиянием. Используют факторы, которые понижают активность симпатоадреналовой системы (электросонтерапия, ТЭА, гальванизация головного мозга и ганглиев симпатического ствола, лекарственный электрофорез адренолитиков, ганглиоблокаторов, холиномиметиков, низкочастотная магнитотерапия головы, шейных симпатических узлов, сердца, УВЧ-терапия синокаротидной зоны, солнечного сплетения, шейных

симпатических узлов) и повышают активность холинергической парасимпатической системы (лекарственный электрофорез холиномиметиков и ингибиторов холинэстеразы, сероводородные ванны).

В комплексное лечение психогений при дисневротическом синдроме необходимо включать адаптационное питание, столы и принципы которого разработаны проф. Сокрутом В.Н.

Первичная физиопрофилактика должна включать систему мероприятий, предупреждающих неврозы и астенические состояния у предрасположенных лиц (ваготоники-меланхолики, симпатотоники-холерики), лечение неврозов и астенических состояний, повышение адаптационных возможностей ЦНС к неблагоприятным воздействиям стрессовых психотравмирующих ситуаций. При назначении методов и параметров физического воздействия следует учитывать форму психогений в зависимости от преобладания тормозных либо возбудительных процессов в ЦНС, ваго- или симпатотонии.

Литература:

1. Медицинская реабилитация в спорте/ Под ред.Сокрута В.Н.- Донецьк, 2011.- 620с.

2. Спортивна медицина/ За ред Сокрута В.М.- Донецьк , 2014.- 920с.

3. Патофізіологічні підходи у фізіотерапії/ В.М.Сокрут, І.Р.Швиренко, О.С.Поважна і др.// Фізіологічний журнал, 2011 т 48.- С.127-128

Резюме. Призначення реабілітаційних заходів грунтується на патогенетичних принципах і визначається типом дисневротичного синдрому і формою психогений. При депрессивному стані перевагу віддають тонізуючим методиками (адаптаційна терапія). При гіперреактивності організму обгрунтовано використання фізичних факторів з первинним стрес-лімітуючим ефектом.

Ключові слова: адаптаційна реабілітація, дисневротичний синдром.

PRINCIPLES OFADAPTATIVE REHABILITATION
OFDISNEUROTICAL SYNDROME

Sokrut V. N., Povazhnaya E.S., Peklun I.V., Zubenko I.V., Karlova I.V.
Donetsk National Medical University of Maxim Gorky

Summary. The appointment of rehabilitation procedures is based on the pathogenetic principles and is determined by the disneurotical syndrometype and the form of the psychogenia. The tonic methods (adaptative therapy) should be performed when the patient has the depression.Stress-limited physical agentsin patients with an organism hyperreaction isshown.

Keywords: adaptative rehabilitation,disneurotical syndrome.