

Министерство здравоохранения Донецкой народной республики  
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра педиатрии



# **ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПЕДАГОГИКИ И МЕДИЦИНЫ**

Сборник научных трудов  
памяти профессора Е.М.Витебского

**ЮБИЛЕЙНЫЙ X ВЫПУСК**



Донецк, 2016

УДК 616-053.2(082.2)

ББК 57.3

П 24

Проблемные вопросы педагогики и медицины // сборник научных трудов памяти профессора Е.М.Витебского: (Юбилейный X выпуск). -Донецк: Норд-Пресс, 2016.– 412 с.

Общая редакция – профессор Прохоров Е.В.

Техническая редакция – доцент Островский И.М.

Сборник рекомендовано к изданию Ученым Советом ДонНМУ,  
протокол № 2 от 31 марта 2016 года

Смысловая правка присланных материалов не проводилась.  
С вопросами обращаться к авторам работ.

## СОДЕРЖАНИЕ

К ЮБИЛЕЮ СБОРНИКА (отчет о проделанной работе).....	9
ПАМЯТИ УЧИТЕЛЯ – ПРОФЕССОРА МОСКАЛЕНКО ВАЛЕНТИНА ЗАХАРОВИЧА .....	10
Литовка В.К., Щербинин А.В., Сушков Н.Т., Москаленко С.В., Музалёв А.А., Сопов Г.А. ПАМЯТИ ВЕДУЩИХ ДОЦЕНТОВ КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В.П. КОНОНУЧЕНКО И А.Д. ТИМЧЕНКО.....	12
<b>ПЕДАГОГИКА</b>	
Багрий А.Э., Ефременко В.А., Хоменко М.В., Христуленко А.Л., Яковенко В.Г. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБРИФИНГА В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	15
Багрий А.Э., Ефременко В.А., Хоменко М.В., Христуленко А.Л., Яковенко В.Г. К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ.....	17
Борота А.В., Христуленко А.А., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.Л. ЭКЗАМЕН КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ВЫЖИВАЕМОСТИ ЗНАНИЙ.....	20
Борота А.В., Гринцов А.Г., Христуленко А.А., Куницкий Ю.Л., Кирьякулова Т.Г. ПОДХОДЫ К ОЦЕНИВАНИЮ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ №1 ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО.....	24
Ванханен Н.В. РОЛЬ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ВЫПУСКНОМ КУРСЕ.....	26
Городник Г.А., Кабанько Т.П., Смирнова Н.Н., Ермилов Г.И., Агафонова Г.Ю., Костенко В.С. НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	30
Грушко И.В., Максимова Л.Ю. ОБ ОПЫТЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ЦИКЛА «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ» НА ШЕСТОМ КУРСЕ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.....	32
Данькина И.А., Джеломанова С.А., Галалу С.И., Данькина В.В. Чистяков А.А., Клецова М.И. ПРИНЦИПЫ ПОВЫШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗОВ.....	34
Данькина И.А., Джеломанова С.А., Галалу С.И., Данькина В.В., Чистяков А.А. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ЭЛЕКТРОННЫХ ТЕСТОВ.....	37
Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э. РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ О ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ.....	40
Джеломанова С.А., Чурилов А.В., Лыков А.А., Данькина И.А., Клецова М.И. МЕЖПРЕДМЕТ- НЫЕ СВЯЗИ КАК ПРИНЦИП ИНТЕГРАЦИИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ.....	44
Басий Р.В., Довгялло Ю.В., Костин Р.А. СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА .....	46
Дядык А.И., Багрий А.Э., Гнилицкая В.Б., Христуленко А.Л., Зборовский С.Р., Маловичко И.С., Приколота О.А., Сулиман Ю.В., Суровцева Н.Л. К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ТЕРАПЕВТОВ.....	49
Дядык А.И., Христуленко А.Л., Здиховская И.И., Гнилицкая В.Б., Стуликова Е.Л., Мальцева Н.В., Христуленко А.А. СОЗДАНИЕ АЛГОРИТМОВ НА ОСНОВЕ ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ.....	52
Жадинская Е.И., Жадинский Н.В. ОРГАНИЗАЦИЯ И ФОРМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ.....	56
Зуева Г.В. ПРОБЛЕМА АКТИВИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ.....	59
Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Грушина М.В. ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИ- РОВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ.....	61
Кабанова Н.В., Томачинская Л.П. ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ПРЕПОДАВАНИЯ НА КАФЕДРЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ .....	65
Казаков В.Н., Прокофьева Н.В., Андреева В.Ф., Попов Б.Г., Филюшина Е.В., Гончаренко О.Н., Бортникова А.К., Шевченко Т.А., Рымарь Я.И. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ КУРСА ФИЗИОЛОГИИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ.....	68
Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Друпп Ю.Г. ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В ВУЗАХ.....	71
Коломиец В.В., Пивнев Б.А., Томаш О.В., Панчишко А.С., Кривонос Н.Ю. ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА 6-	

ОМ КУРСЕ МЕДУНИВЕРСИТЕТА.....	74
Коломиец В.В., Подоляка В.Л., Шира А.Л. ФОРМИРОВАНИЕ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ.....	77
Коломиец В.В., Томаш О.В., Пивнев Б.А., Томаш Л.А. ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ: ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ.....	80
Косенкова-Дудник Е.А., Якобчук А.В., Парамонова Т.И. ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ЯЗЫК КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ - МЕТАФОРИЧЕСКИЕ ОБРАЗЫ.....	82
Костецкая Н.И. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ ВАКЦИН ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТЕМЫ «ИММУНООНКОЛОГИЯ».....	85
Костецкая Н.И. ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕМЫ: «ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ - ИНФЕКЦИИ» ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ.....	87
Кривонос Н.Ю., Майлян Д.Э., Ермакова Е.Я. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ЭКГ-ДИАГНОСТИКЕ У СТУДЕНТОВ ШЕСТОГО КУРСА НА КАФЕДРЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ.....	89
Крюк Ю.Я., Ельский В.Н., Линчевская Л.П., Бондаренко Н.Н., Кривобок Г.К., Стрельченко Ю.И., Пищулина С.В. ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ им.М.ГОРЬКОГО.....	92
Крюк Ю.Я., Ельский В.Н., Линчевская Л.П., Кривобок Г.К., Бондаренко Н.Н., Пищулина С.В., Стрельченко Ю.И. ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ.....	95
Кучеренко Н. П., Бобровицкая А. И., Медведева В. В., Гончарова Л. А., Коваленко Т. И., Голосной Э. В. ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК НОВАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	99
Кучеренко Н.П., Налетов А.В., Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф., Масюта Д.И.ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ.....	102
Лесниченко Д.А. АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ СТУДЕНТАМИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА.....	104
Лесниченко Д.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ.....	106
Лесниченко Д.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ В ПРЕПОДАВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ.....	108
Лещенко Ю.С., Вакуленко С.И. ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ.....	110
Литвинова Е.В., Носкова О.В. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ» В ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ.....	113
Литвинова Е.В., Носкова О.В. РОЛЬ УЧЕБНЫХ ФИЛЬМОВ И ФАНТОМНОГО КУРСА В ОСВОЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ.....	118
Логоева Т.Н., Ермакова Е.Я., Майлян Д.Э., Подоляка В.Л. ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ».....	121
Лыков А.А., Терещенко И.В., Зубенко И.В., Поважная Е.С. ВУЗОВСКАЯ ЛЕКЦИЯ КАК ОСНОВНАЯ ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ.....	125
Майлян Д. Э., Ермакова Е.Я., Кривонос Н.Ю., Шира А.И., Майлян А.И. ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У СТУДЕНТОВ 6 КУРСА НА ПРОТЯЖЕНИИ ЦИКЛА «ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА».....	127
Максимова Л.Ю., Грушко И.В. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТРОЕНИЯ БИБЛИОТЕКИ ЧИТАЛЬНОГО И ЭЛКТРОННОГО ЗАЛА ДЛЯ СТУДЕНТОВ.....	130
Мельник В.А., Мельник А.В. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ "ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ" ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ, ПРОХОДЯЩИХ ИНТЕРНАТУРУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ "ЭПИДЕМИОЛОГИЯ", "БАКТЕРИОЛОГИЯ", "КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА" И ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ОБУЧЕНИЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ "ЭПИДЕМИОЛОГИЯ", "БАКТЕРИОЛОГИЯ", "ЛАБОРАТОРНАЯ ИММУНОЛОГИЯ" И "КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА".....	132

Мацынин А. Н., Талалаенко Ю. А., Егорова М. А., Гребельная Н.В., Шаганов П.Ф. КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В ПРЕПОДАВАНИИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ.....	135
Налетов С.В., Галаева Я.Ю., Налетова Е.Н., Коньшева Н.В., Сидоренко И.А. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ С УЧЕТОМ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ НА ДОДИПЛОМНОМ И ПОСЛЕДИПЛОМНОМ УРОВНЯХ.....	168
Николенко В.Ю., Айкашев В.А., Ластков Д.О., Воробьева В.Г., Бусурин М.Ю., Фролова Т.Э., Мухин И.В., Николенко О.Ю., Ринсевич Ю.С. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ НАУЧНЫХ КАДРОВ И РАБОТА СНО В УНИВЕРСИТЕТЕ И НИИ МПС.....	141
Николенко В.Ю., Бондаренко Г.А., Данилов Ю.В., Тищенко А.В., Николенко О.Ю., Ладария Е.Г., Боева И.А. ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ.....	145
Николенко В.Ю., Бондаренко Г.А., Денисенко А.Ф., Николенко О.Ю., Ласткова Н.Д., Боева И.А., Игошина А.В. СОВРЕМЕННЫЕ ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА- ПРОФПАТОЛОГА.....	150
Островский И.М., Челпан Л.Л. МЕДИЦИНСКИЕ ТРЕНАЖЕРЫ – «ЗА» И «ПРОТИВ».....	154
Павлюченко К.П., Олейник Т.В., Мухина Е.В. ДЕЛОВАЯ ИГРА КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ «ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗ ПРИ ОБЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ».....	156
Панасенко К.В., Зуйкова О.В. ДЕЛОВАЯ ИГРА КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ «ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗ ПРИ ОБЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ» НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И ЕГО РОЛЬ В ВОСПРИЯТИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ .....	159
Пивнев Б.А., Панчишко А.С., Томаш О.В., Максимова Л.Ю. ВНЕДРЕНИЕ «КОМПЬЮТЕРНОГО КЛАССА» В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС НА ШЕСТОМ КУРСЕ.....	161
Поважная Е.С., Пеклун И.В., Зубенко И.В., Томачинская Л.П. ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» СТУДЕНТАМИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА.....	165
Прилуцкий А.С, Дегонский А.И, Полковник Е.С. К ВОПРОСУ О ПРЕПОДАВАНИИ НА ЦИКЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ТЕРАПИИ ТИРЕОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ С АТОИМУННЫМ ПОЛИЭНДОКРИННЫМ СИНДРОМОМ-3.....	168
Прилуцкий А.С, Дегонский А.И, Полковник Е.С. ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ЦИКЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ.....	170
Прилуцкий А.С., Дегонский А.И., Полковник Е.С. ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА ЦИКЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ.....	172
Проценко Т.В., Проценко О.А., Черновол А.С., Кузнецова В.Г. АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЭКЗАМЕН ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА И ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ К ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ .....	175
Проценко Т.В., Проценко О.А., Черновол А.С., Провизион А.Н., Горбенко А.С., Заблоцкая А.Г., Лукьянченко Е.Н., Горбенко Ан.С., Кузнецова В.Г., Корчак И.В. МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ С ВРАЧАМИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГАМИ.....	177
Сироид Д. В., Антипов Н. В., Жиляев Р. А., Зарицкий А. Б., Войтенко С. В. РЕТРОСПЕКТИВА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ДОННМУ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 15 ЛЕТ.....	180
Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САМОСТОЯ- ТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ИНТЕРНОВ-ОФТАЛЬМОЛОГОВ И ЕЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ....	184
Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Зорина М.Б.,Евтушенко В.А. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОЦЕССЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ.....	186
Ткаченко К.Е. СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРЕДИ ВРАЧЕЙ .....	189
Ткаченко К.Е. ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ.....	191
Ткаченко К.Е. ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТНО-ЦЕННОСТНОЙ СФЕРЫ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ.....	193
Томачинская Л.П., Кабанова Н.В., Поважная Е.С., Зубенко И.В. ОСОБЕННОСТИ	

ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ.....	195
Тутов С.Н., Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Подоляка В.Л., Былым Г.В. РОЛЬ ЛЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ .....	198
Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Шаталов А.Д., Кузьменко А.Е. МУЛЬТИМЕДИЙНАЯ ПРЕЗЕНТАЦИЯ КАК ИТОГ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ.....	201
Колкин Я.Г., Хацко В.В., Межаков С.В., Шаталов С.А., Нестеров Н.А. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЫ И ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС.....	203
Челпан Л.Л., Прохоров Е.В., Островский И.М. РОЛЬ ЛИЧНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА.....	205
Челпан Л.Л., Прохоров Е.В., Островский И.М. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПРОБЛЕМНЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ В ПРЕПОДАВАНИИ ПЕДИАТРИИ СТУДЕНТАМ ВЫПУСКНОГО КУРСА.....	207
Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Клецова М.И., Данькина И.А., Лыкова Л.А. МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ НА ЛЕКЦИИ.....	209
Чижевский И.В., Трофимец Е.К., Ермакова И.Д., Забышный А.А. НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.....	211
Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф., Пошехонова Ю.В. ДЕЛОВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИГРА КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	215
Шаганов П.Ф., Мацынин А.Н., Гребельная Н.В., Егорова М.А. ОПТИМИЗАЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ.....	217
Шано В.П., Налетова Е.Н., Демчук О.В. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ ВРАЧАМ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ.....	220
Щербинин А.В., Анастасов А.Г., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Сушков Н.Т., Музалев А.А., Щербинин А.А., Вакуленко М.В., Литовка В.К., Черкун А.В., Пошехонов А.С. ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ .....	222
Щербинин А.В., Вакуленко М.В., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Анастасов А.Г., Сушков Н.Т., Музалев А.А., Щербинин А.А., Литовка В.К., Черкун А.В., Пошехонов А.С. СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ.....	224
Щербинин А.В., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Анастасов А.Г., Сушков Н.Т., Музалев А.А., Щербинин А.А., Вакуленко М.В., Литовка В.К., Черкун А.В., Пошехонов А.С. РОЛЬ ЛЕКЦИИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ.....	226
Якобчук А.В., Косенкова-Дудник Е.А., Парамонова Т.И. АРАБСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ.....	229
<b>ПЕДИАТРИЯ</b>	
Беседина Е.И., Мельник В.А., Демкович О.О., Каленчук Н.Л., Лянник В.А. НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ТУРОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ДНР.....	232
Бордюгова Е.В., Пшеничная Е.В., Дубовая А.В., Конов В.Г., Сысоева Н.Л. СЛУЧАЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ LEOPARD .....	136
Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д., Кириенко М.Д. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАКА, СОДЕРЖАЩЕГО ФТОРИД НАТРИЯ И ФТОРИД КАЛЬЦИЯ, ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДИВШИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ .....	242
Дегтяренко Е. В. ПРИМЕНЕНИЕ ДЕНТАЛЬНЫХ САЛФЕТОК ДЛЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ.....	245
Завертайло А.С., Вакуленко С.И. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УСПЕВАЕМОСТИ В ШКОЛЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	249
Зуева Г.В. НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОЖИРЕНИЯ.....	251
Зуева Г.В., Фролова И.Е. ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ.....	254
Линчевский Г.Л., Головкин О.К., Есакова О.Р. МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ.....	256
Масюга Д.И. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ (Обзор зарубежной литературы).....	260
Мельник Ал.В., Мельник В.А., Мельник А.В. О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ	

РЕАКЦИИ ИММУНОЛЕЙКОЛИЗА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ВАКЦИНАЛЬНЫЕ И ДРУГИЕ АНТИГЕНЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПУТЕМ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН ЛЕЙКОЦИТОВ.....	264
Мурейси К. А, Васильев В. А, Кулиш А. И. АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА СЕРДЕЦ ДЕТЕЙ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО.....	265
Налетов А.В., Мацынина Н.И. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ФЕРМЕНТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ .....	267
Нарижный М.Ю., Бурханова Я.Р. «КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ» И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ..	270
Нарижный М.Ю., Островский И.М., Бурханова Я.Р.ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ НЕГРАМОТНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ (по данным анкетирования).....	273
Окунь О.С., Коньшева Н.В., Галаева Я.Ю., Федоренко А.Е. КОМПЛЕКСНЫЙ ПРЕПАРАТ «ГОРЛОСПАС ДЛЯ ДЕТЕЙ» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ТОНЗИЛЛИТА.....	277
Островский И.М., Прохоров Е.В., Нарижный М.Ю., ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ГЛАЗАМИ РОДИТЕЛЕЙ: ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ .....	283
Островский И.М., Прохоров Е.В., Нарижный М.Ю. ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ГЛАЗАМИ РОДИТЕЛЕЙ: АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ И ИХ ДИНАМИКА ЗА 16 ЛЕТ.....	286
Прохоров Е.В., Нарижный М.Ю., Островский И.М., Челпан Л.Л. ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ – ДИНАМИКА ЗА 16 ЛЕТ (по данным анкетирования).....	291
Федоренко А.Е., Древняк Н.С., Щербак Е.В., Бухарова Т.С. ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ТРАВМАХ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ У ДЕТЕЙ.....	295
Чалая Л.Ф., Кучеренко Н.П., Москалюк О.Н., Клевцова И.А. КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (обзор литературы).....	297
Челпан Л.Л., Панова Н.В. «РЕВМАТОИДНАЯ МАСКА» НЕЙРОБЛАСТОМЫ (случай из практики).....	300
<b>ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ, ХИРУРГИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ</b>	
Борота А.В., Хацко В.В., Греджев Ф.А., Брахми Ноамен Бен Амара, Пархоменко А.В. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.....	304
Вакуленко И.П., Хацко В. В., Шаталов А.Д., Фоминов В.М., Войтюк В.Н. ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ.....	307
Городник Г.А., Смирнова Н.Н., Герасименко А.С. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И МОНИТОРИНГА У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМИ И ПАРЕНХИМАТОЗНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ....	309
Литовка В.К., Иноземцев И.Н., Лепихов П.А., Черкун А.В., Литовка Е.В., Абдуллин Р.Ф., Старичков А.Г. НОВООБРАЗОВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ И ЕЕ БРЫЖЕЙКИ У ДЕТЕЙ.....	315
Литовка В.К., Иноземцев И.Н., Черкун А.В., Абдуллин Р.Ф., Литовка Е.В., Музалев А.А. КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА.....	317
Литовка В.К., Иноземцев И.Н., Москаленко С.В., Черкун А.В., Литовка Е.В., Сушков Н.Т. ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОНКОПЕДИАТРИИ .....	320
Мальцев В.Н., Щербинин А.В., Литовка В.К., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Харагезов А.М., Черкун А.В. КИСТЫ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У ДЕТЕЙ.....	322
Мальцев В.Н., Щербинин А.В., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Харагезов А.М. НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ.....	324
Музалёв А.А., Литовка В.К., Сушков Н.Т., Москаленко С.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАЙРА У ДЕТЕЙ.....	327
Седаков И.Е. Богданов Б.А., Крюков Н.В., Дмуховская Е.А., Крюков А.Н., Шумило И.О. Мусаев А.С. Готовкин С.И., Анищенко А.А., Башеев А.В. Мотрий А.В. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЛАНОМА КОЖИ В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА ПЕРВОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ XXI ВЕКА.....	329
Смирнова Н.Н., Кабанько Т.П., Онищенко Е.В. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	335
Смирнова Н.Н., Онищенко Е.В. ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТОНИИ В РАННЕМ	

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	338
Стрионова В.С., Роговой А.Н. АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ .....	342
Фоменко С.А., Мальцев В.Н., Москаленко А.С., Лепихов П.А. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВОТОКА ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	344
Черкун А.В., Литовка В.К., Иноземцев И.Н., Литовка Е.В., Малахова Ю.В., Тишков В.А., Алексеенко М.Ю. ПАПИЛЛОМЫ У ДЕТЕЙ.....	346
<b>АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ</b>	
Егорова М.А., Петренко С.А., Талалаенко Ю.А., Мацынин А.Н., Князева Н.В., Шаганов П.Ф., Гребельная Н.В. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗГРУЖАЮЩЕГО АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ПРИ БИХОРИАЛЬНОЙ ДВОЙНЕ.....	349
Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Друпп Ю.Г. ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ГИБЕЛЬ ПЛОДА.....	353
Мацынин А.Н., Кутитонская В.Ю. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСТРЕССА ПЛОДА ВО ВРЕМЯ РОДОВ.....	356
Мирович Е.Д., Чурилов А.В., Петренко С.А., Егорова М.А., Носкова О.В. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА У РОЖЕНИЦ ГРУППЫ РИСКА.....	361
Тутов С.Н., Чурилов А.В., Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Былым Г.В. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	365
Чурилов А.В., Носкова О.В., Литвинова Е.В. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ.....	368
Чурилов А.В., Носкова О.В., Литвинова Е.В. ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ.....	372
Чурилов А.В., Петренко С.А., Мирович Е.Д., Попандуполо А.Д., Носкова О.В., ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....	376
Чурилов А.В., Петренко С.А., Попандуполо А.Д., Носкова О.В. ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОСТКАСТРАЦИОННОМ СИНДРОМЕ.....	378
<b>ТЕРАПИЯ</b>	
Ванханен Н.В. ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.....	382
Галаева Я.Ю., Евтушенко И.С., Конышева Н.В. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ.....	386
Жадинский Н.В., Жадинский А.Н. К МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБИОТИКАМ.....	390
Здиховская И.И., Христуленко А.Л., Стуликова Е.Л., Мальцева Н.В. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (обзор литературы).....	393
Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Макачук О.В., Евтушенко И.С., Гончаров А.Н., Ракитов Б.Л. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО, ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ .....	400
Мухин И.В., Игнатенко Т.С., Щербаков К.С., Чеботарева Е.Н., Субботина Е.А., Контовский Е.А., Кошелева Е.Н. ИЗМЕНЕНИЯ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КОНДЕНСАТА ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА.....	405
Томачинская Л.П., Кабанова Н.В., Лыкова А.А. ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА.....	410



## К ЮБИЛЕЮ СБОРНИКА (отчет о проделанной работе)

Да, дорогие коллеги, уже 10 лет как издается наш сборник! За это время он сменил три названия. Автором первого названия и посвящения был ученик профессора Ефима Моисеевича Витебского, его последний докторант, последователь и, можно сказать, наследник – профессор Евгений Викторович Прохоров, заведующий кафедрой. Первый сборник назывался «Педиатрия на пороге третьего тысячелетия» и посвящался 85-тилетию профессора Е.М.Витебского. Это была небольшая (всего 200 страниц) книжка с черно-белой обложкой, содержащая 68 статей и не претендовавшая на повторение.

Донецкая областная организация ассоциации педиатров Украины  
Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра педиатрии

ПЕДИАТРИЯ НА ПОРОГЕ ТРЕТЬЕГО ТЫСЯЧЕЛЕТИЯ  
Сборник научных работ,  
посвященный 85-летию профессора Е.М.ВИТЕБСКОГО



Донецк - 2007

Поэтому в следующем году, когда было принято решение о продолжении выпуска сборника, он получил свое привычное название «Проблемні питання педіатрії та вищої медичної освіти» и назывался так до 9-го выпуска в 2015 году. С прошлого года сборник называется «Проблемные вопросы педагогики и медицины», что вполне отражает сформировавшуюся тематику выпусков.

В девяти изданиях сборника опубликовано 1062 работы по педагогике, педиатрии, детским инфекциям, детской хирургии, детской стоматологии, акушерству и гинекологии и другим дисциплинам общим объемом 3232

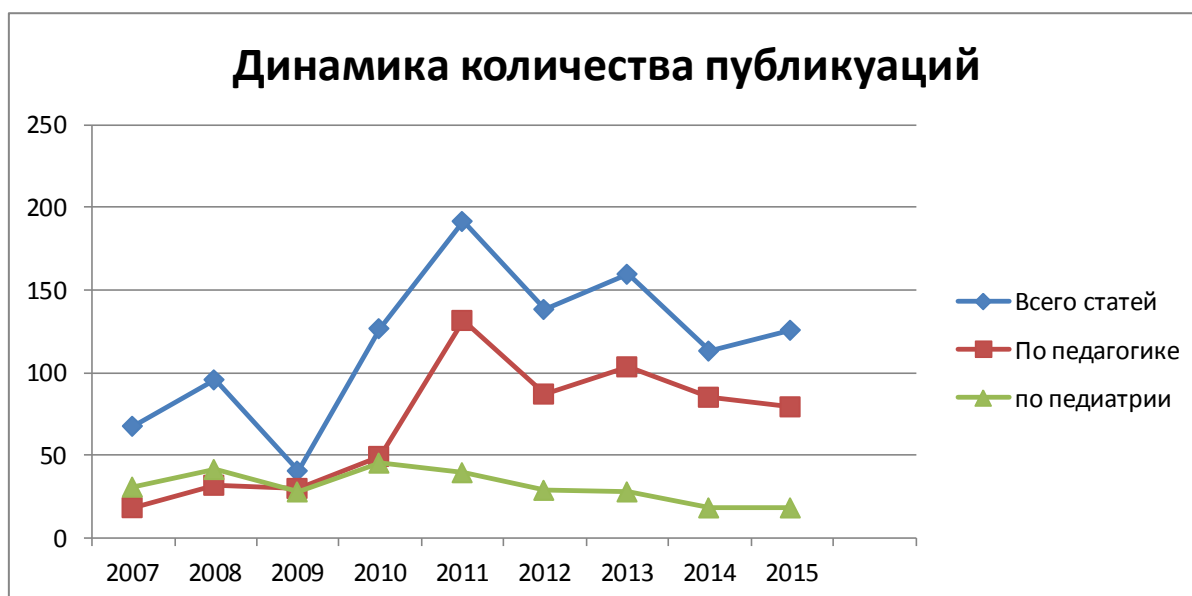
страницы. В сборнике печатаются не только преподаватели нашего ВУЗа, но и врачи, а также ученые практически всех медвузов Украины. Несколько статей написаны нашими коллегами из Смоленска. Девятый выпуск кроме традиционного посвящения профессору Е.М.Витебскому, был посвящен 85-тилетию Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького.

Мы гордимся, что в такое непростое время удалось выпустить очередной сборник.

Динамика общего количества статей, а также статей по педагогике и медицине, приведена на графике, который демонстрирует возросшее, по сравнению с первыми выпусками, количество работ по педагогике. Это обусловило вначале выделение педагогики в отдельный том (в самом плодотворном 2011 году), а затем при составлении оглавления, начиная с шестого выпуска, отдавать приоритет именно педагогике.

Мы рады, что и в мирное и в непростое военное время наш сборник остается востребованным, его выпуска привычно ждут на многих кафедрах нашего славного ВУЗа.





Кафедра педиатрии благодарит всех авторов за сотрудничество и желает дальнейшей плодотворной работы на ниве воспитания новых поколений врачей и лечения пациентов!

От имени коллектива кафедры,  
технический редактор  
доцент Островский И.М.

#### ПАМЯТИ УЧИТЕЛЯ – ПРОФЕССОРА МОСКАЛЕНКО ВАЛЕНТИНА ЗАХАРОВИЧА

В этом году исполнилось бы 75 лет Валентину Захаровичу Москаленко, прекрасному детскому хирургу, талантливому педагогу и учёному, Заслуженному деятелю науки и техники Украины, заведующему кафедрой детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького.

В.З.Москаленко родился 22 мая 1941 г. в г.Красногоровка Марьинского района Донецкой области. После окончания школы с серебряной медалью в 1958 году поступил на педиатрический факультет Донецкого государственного медицинского института им.М.Горького, который окончил в 1964 году. В последующем работал преподавателем Донецкого медицинского училища, а с 1966 года – врачом-хирургом областной детской клинической больницы г.Донецк. В 1968-1970 годах служил в рядах Советской Армии начальником медицинского пункта полка Сибирского военного округа. После демобилизации Валентин Захарович продолжил работу в областной детской



клинической больнице г. Донецк ординатором, затем заведующим хирургическим, урологическим отделением.

В 1971 году В.З.Москаленко защитил кандидатскую диссертацию на тему «Нарушение обмена некоторых микроэлементов при пороках развития толстого кишечника у детей». В 1974 году был избран на должность ассистента кафедры детской хирургии ДонГМИ им.М.Горького, в 1985 – доцента, а в 1988 – профессора, после защиты докторской диссертации на тему «Обструкция мочеточников у детей при пороках их развития» (1987). В 1990 году был избран по конкурсу на должность заведующего кафедрой детской хирургии, приняв руководство от своего учителя, безвременно ушедшего из жизни профессора Н.Л.Куца.

В.З.Москаленко, сохраняя добрые традиции кафедры, вел многогранную учебно-педагогическую, научную работу и занимался общественной деятельностью. Он являлся главным детским хирургом Донецкой области, с 1995 года – проректором по лечебной работе Донецкого государственного медицинского университета им.М.Горького, членом редколлегии журналов «Хірургія дитячого віку», «Медико-социальные проблемы семьи», «Травма», «Дерматология и косметология им.Н.А.Торсуева», медицинской газеты «Здоровье». Спектр научных интересов профессора В.З.Москаленко был широк: пороки развития и заболевания урогенитальной системы у детей, острые процессы органов брюшной полости, хронические бронхолегочные процессы, хирургия новорожденных, разработка и внедрение в клиническую практику новых методов диагностики и лечения солидных опухолей, интенсивная терапия гнойно-септических заболеваний, сепсиса, шока и др. Валентин Захарович неоднократно представлял научные разработки коллектива клиники на международных научных форумах в Великобритании, Германии, Австрии, Италии, Чехии, Китае и других странах.

Сильной стороной творческой личности профессора В.З.Москаленко являлось его умение увидеть сущность той или иной проблемы, поставить конкретные задачи и организовать работу коллектива. По его инициативе в клинике расширилась преддипломная и последипломная подготовка специалистов – детских анестезиологов, что нашло отражение в изменившемся названии возглавляемого им подразделения: «Кафедра детской хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии». В областной детской клинической больнице было организовано отделение интенсивной терапии экстракорпоральных методов детоксикации. Активно развивалась хирургическая помощь новорожденным: на базе отделения неонатологии было организовано отделение хирургии новорожденных на 10 коек с отдельным операционным блоком.

Список публикаций В.З.Москаленко включает в себя более 400 научных работ, 8 монографий, 14 изобретений, 40 рацпредложений. Среди изданий, выпущенных в свет Валентином Захаровичем: «Хирургия пороков почек и мочевыводящих путей у детей» (1978), «Опухоли и опухолеподобные образования брюшной полости и забрюшинного пространства у детей» (1997),

«Клиническое прогнозирование, лечение и диспансеризация детей с простым гидронефрозом» (2002), «Диагностика, лечение и клиническое прогнозирование осложненного течения острой хирургической патологии живота у детей» (2002), «Опухоли и опухолеподобные образования у детей» (2003), «Природжені вади розвитку травного тракту: Навчальний посібник» (2003), «Редкие случаи в практике детского хирурга» (2004). Все эти книги востребованы специалистами профильной и смежных специальностей.

Под его руководством выполнено 3 докторских и 12 кандидатских диссертаций. За многолетнее служение детской хирургии В.З.Москаленко был награжден знаком «Отличник здравоохранения», многими грамотами и дипломами. В 1998 году ему было присвоено звание «Заслуженный деятель науки и техники Украины».

Творческие и теплые дружеские отношения связывали Валентина Захаровича с ведущими детскими хирургами Украины: профессорами Д.Ю.Кривченей, А.Е.Соловьевым, В.П.Слепцовым, В.Б.Давыденко, Б.Н.Боднаром и многими другими.

Валентин Захарович был волевым человеком. Перенеся тяжелейшее заболевание, он справился с недугом и снова встал к операционному столу на многие годы. Мы помним его отзывчивым, добрым, спокойным и всегда уравновешенным человеком, готовым прийти на помощь любому. Обладая широкой эрудицией, Валентин Захарович мог самые сложные вещи объяснить простыми, доступными словами. Он не только любил поэзию, но и сам писал стихотворения, посвящая их друзьям и близким. С огромной любовью и уважением относился к своей жене, невестке, сыну, внуку. В короткие часы отдыха с удовольствием проводил время на дачном участке.

Профессор В.З.Москаленко безвременно ушел из жизни прямо на рабочем месте 12 октября 2005 года. В этот день он консультировал больных, успешно выполнил несколько крупных операций. В памяти соратников, учеников и друзей Валентин Захарович Москаленко навсегда останется добрым и отзывчивым человеком, прекрасным педагогом, талантливым руководителем и блестящим детским хирургом.

Коллектив клиники детской хирургии имени профессора  
Н.Л.Куща Донецкого национального медицинского университета  
им.М.Горького

УДК 616-089-053.2:378.124 (477.62) (092)

ПАМЯТИ ВЕДУЩИХ ДОЦЕНТОВ КАФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

В.П. КОНОНУЧЕНКО И А.Д. ТИМЧЕНКО

Литовка В.К., Щербинин А.В., Сушков Н.Т.,

Москаленко С.В., Музалёв А.А., Сопов Г.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В 1968 году доцентский курс кафедры факультетской хирургии Донецкого государственного медицинского института им.М.Горького был реорганизован в самостоятельную кафедру детской хирургии, которую в

возрасте 32 лет возглавил профессор Николай Леонтьевич Куц. Коллектив кафедры на тот период был одним из самых молодых по возрасту специалистов в ВУЗе. За 22-летний период научной и практической деятельности профессор Н.Л. Куц создал большую школу детских хирургов, им было подготовлено 10 докторов и 42 кандидата медицинских наук. Николай Леонтьевич умело создавал коллектив сотрудников кафедры и клиники детской хирургии, позволивший успешно выйти на передовые рубежи науки не только в Украине, но и в СССР.

В наступившем 2016 году мы отмечаем юбилейные даты рождения ведущих доцентов клиники детской хирургии имени проф. Н.Л. Куца: Василия Павловича Кононученко (85 лет) и Анатолия Даниловича Тимченко (80 лет). Они на протяжении многих лет были первыми помощниками Николая Леонтьевича, на время его отсутствия выполняли функции руководителя клиники.

Василий Павлович Кононученко родился 4 апреля 1931 г. в крестьянской семье с. Шевченково Малинского района Житомирской области. Рано лишившись отца, с 13 лет работал в колхозе разнорабочим, прицепщиком, помощником комбайнера. Несмотря на занятость, учился в школе на «хорошо» и «отлично». В 1950 г. поступил в Киевский ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт им. А.А. Богомольца. После окончания педиатрического факультета в 1956 г. получил распределение на Донбасс. Работал участковым педиатром, заведующим детской консультацией в медсанчасти шахты им.Калинина г. Горловка. В 1960 г. из-за болезни матери Василий Павлович был вынужден переехать в Житомирскую область, где работал педиатром, а затем – хирургом в ЦРБ г. Малин. С 1962 по 1965 год обучался в аспирантуре Киевского научно-исследовательского рентгенорадиологического и онкологического института (ныне Национальный институт рака), по окончании которой возвратился в Донецк на должность ассистента курса детской хирургии.

В 1969 году Василий Павлович защитил кандидатскую диссертацию на тему «Клиника, диагностика и сравнительная оценка эффективности различных методов лечения рака языка». С 1970 года работал в должности доцента кафедры детской хирургии. Будучи первым помощником руководителя клиники, он часто и много оперировал, проводя большую часть времени в больнице. После открытия онкологического отделения в ноябре 1973 года стал его бессменным куратором. Блестящий хирург, на счету которого тысячи сложнейших операций, Василий Павлович всегда стремился найти не только оригинальные, но и щадящие подходы к оперативному пособию. С его легкой руки выздоравливали даже «безнадежные» больные, неоднократно оперированные по поводу кишечных свищей, перитонита, опухолей шеи, средостения, брюшной полости.

В.П. Кононученко опубликовал свыше 250 научных работ, был автором 2 пособий, 1 монографии, 2 изобретений и 20 рацпредложений. Являясь человеком обаятельным, добрым, внимательным, Василий Павлович щедро

делился своим огромным опытом и искренне радовался успехам своих коллег и многочисленных учеников. За заслуги в трудовой, педагогической и научной деятельности был награжден знаком «Отличник здравоохранения», медалями «Ветеран труда», «Ветеран Великой Отечественной войны», многими грамотами и дипломами. Василий Павлович любил творчество О. Хайяма, А.П. Чехова, А.С. Пушкина, Т.Г. Шевченко, порой цитировал наизусть отрывки из их произведений. Уходя в отпуск, часто путешествовал по Кавказу, Крыму, Карпатам, делился яркими впечатлениями об увиденном.

Будучи волевым человеком, перенес инфаркт, а затем инсульт, Василий Павлович возвратился к работе, продолжал оперировать после болезни более 10 лет. В возрасте 72 лет ушел на заслуженный отдых и переехал по совету врачей в Крым (пгт Гаспра). Умер в возрасте 73 лет.

Анатолий Данилович Тимченко родился в Одесской области 1 января 1936 года. После окончания школы поступил в Одесский государственный медицинский институт на педиатрический факультет, который окончил с красным дипломом в 1960 году. В течение 3 лет работал в Черкасской области педиатром, заведующим детской поликлиникой, районным педиатром. В 1966 году под руководством профессора М.Л. Дмитриева окончил клиническую ординатуру по детской хирургии на базе Одесского государственного медицинского института.

Переехав в Донецк, Анатолий Данилович работал ординатором, заведующим хирургическим отделением Областной детской клинической больницы, ассистентом кафедры детской хирургии, а с 1980 года – доцентом кафедры. По инициативе Н.Л. Куца и А.Д. Тимченко в клинике детской хирургии впервые в СССР в 1969 году была внедрена лапароскопия у детей с лечебной и диагностической целью. По данным американских авторов (ссылка имеется на первой странице американской монографии по эндоскопической хирургии у детей: Вах N.M. et al. Endoscopic Surgery in Children. – Springer: New-York, 1999), эта методика была использована в детской хирургической практике впервые в мире. Она широко использовалась в ургентной хирургии, онкологии, урологии. Разработки клиники нашли свое отражение более чем в 80 научных работах. В 1970 году А.Д. Тимченко защитил кандидатскую диссертацию на тему «Лапароскопия в диагностике заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей». Монография «Лапароскопия у детей» (1973 г.) стала настольным руководством для детских хирургов многих поколений.

Автор более 120 научных публикаций по проблемам детской хирургии, онкологии, урологии, 25 рацпредложений, 3 изобретений, А.Д. Тимченко вместе с сотрудниками клиники и кафедры неоднократно выступал с докладами на съездах и конференциях самого различного уровня в Москве, Киеве, Саратове, Ташкенте, Баку, Кишиневе и других городах.

Долгое время Анатолий Данилович являлся руководителем субординаторов и интернов по детской хирургии, привлекая молодых специалистов к научным изысканиям. В последующем многие из его учеников

защитили кандидатские и докторские диссертации. Будучи куратором ургентного, а затем планового хирургического отделения, много оперировал и ассистировал. Лично провел более 6000 операций, в том числе в хирургических стационарах области: Мариуполе, Макеевке, Горловке, Краматорске. В период летнего отпуска Анатолий Данилович любил с женой и детьми отдыхать на Днепре. Увлекался театром, обожал творчество М. Магомаева, А. Соловьяненко, Й. Кобзона.

Коварная болезнь прервала жизнь А.Д. Тимченко в расцвете творческих сил в возрасте 48 лет.

Светлая память о Василии Павловиче Кононученко и Анатолии Даниловиче Тимченко всегда будет жить в сердцах коллег, благодарных учеников и пациентов.

## ПЕДАГОГИКА

УДК: 61:378.046.4+004.9

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБРИФИНГА В СИСТЕМЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Багрий А.Э., Ефременко В.А., Хоменко М.В.,  
Христуленко А.Л., Яковенко В.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

**Резюме.** В статье обсуждаются значимость и практические вопросы использования технологии дебрифинга в системе последипломного медицинского образования.

**Ключевые слова:** медицинское последипломное образование, дебрифинг.

Обеспечение своевременной и адекватной медицинской помощи с максимальной безопасностью для пациентов – одна из важнейших задач современной клинической медицины. Проводимая реформа высшего медицинского образования требует решения проблем и совершенствования профессиональной подготовки специалистов, для чего призваны современные технологии обучения симуляционного направления. В процессе освоения симуляционного курса врач должен овладеть практическими навыками в объеме требований квалификационной характеристики врача-специалиста при сведении к минимуму числа ошибок при выполнении манипуляций [1, 2, 5].

Опыт работы симуляционных центров показал, что практически все участники морально не готовы к симуляционному обучению. Они с интересом слушают лекции, задают вопросы, активно работают на 3-й ступени преподавания, но при первоначальном самостоятельном выполнении базовой СЛР на манекене испытывают чувство растерянности, страха, не могут сосредоточиться на алгоритме, забывая его. Свои неудачи объясняют «волнением за пациента», «неуверенностью в том, что у них все получится». В связи с этим, особое значение в подобных тренингах играет опытный инструктор-преподаватель, владеющий техникой дебрифинга [4].

Дебрифинг (англ. «debriefing» – досл. «выжимание», «выдаивание»; «опрос о выполнении задания») в сравнении с термином «briefing» – короткая пресс-конференция – предполагает в определенном смысле обратный процесс: тот, кому задаются вопросы, возвращает эти вопросы задающим. Дебрифинг считается весьма эффективной обучающей технологией, его рекомендуют проводить руководителям различного ранга для своих подчиненных, позаботившись, помимо всего прочего, о комфортной атмосфере, способствующей общению (например, совместное чаепитие) [1,5].

Дебрифинг занимает одно из самых значимых мест и в программе медицинского обучения, что обусловлено несколькими социально-психологическими факторами: 1) оказание медицинской помощи требует профессионализма, прежде всего, в так называемых «гибких умениях» (т.е. умениях, связанных с взаимодействием с другими людьми, где не существует однозначно правильных или неправильных решений; 2) групповые упражнения обычно длительные, и дебрифинг становится дополнительной возможностью повторного обсуждения отдельных моментов тренировки; 3) группа участников всегда располагает большим объемом информации для анализа, и обсуждение становится более продуктивным. Поэтапный анализ проводимой видеозаписи существенно повышает эффективность дебрифинга за счет фиксации внимания обучающихся на наиболее значимых дефектах [1, 2].

Используя равенство психологических позиций, тренер обсуждает действия каждого участника тренинга, задавая ему вопросы, на которые может отвечать как испытуемый, так и вся группа. Роль тренера – вывести участников занятия из разыгрываемых или анализируемых ролей, снять напряжение, тревогу, беспокойство у обучаемых; внести ясность в происходящие события с привлечением фактов, демонстрирующих как положительные моменты, так и дефектные действия; развить себе способность к самонаблюдению и самоанализу и продемонстрировать их в соотнесении итоговых результатов с первоначально поставленными целями; закрепить и откорректировать усвоение новой информации; дать возможность участникам занятия исправить ошибки, наметить новые темы для размышления и подготовки к следующим тренировкам. Важным для ведущего является повышение у участников тренинга мотивации к обучению, повышению степени их ответственности, формирование у них коммуникативных навыков (умения работать в команде), а также выявление у них лидерских способностей [5].

Таким образом, технология дебрифинга позволяет максимально вовлечь в активный аналитический процесс всех участников тренинга, акцентировать внимание на слабые стороны подготовки и дать возможность молодым врачам осознать важность подготовительной работы в обретении профессионального мастерства.

### **Литература**

1. Риклефс В. П. Факторы успеха симуляционного обучения с использованием высокотехнологичных симуляторов в медицинском вузе / В.П. Риклефс, Р.С.Досмагамбетова // Матер. 1-й Всерос. конф. по симуляционному



обучению в медицине критических состояний с междунар. участием. – М., 2012. –С. 78–82.

2. Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» / Под ред. А.А. Свистунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288 с.

3. National Growth in Simulation Training within Emergency Medicine Residency Programs / Y. Okuda, H. Reido, F. Zuki et. al. // Acad. Emed. Med. 2008. №15. P. 1-4.

4. Van Heukelom J.N., Begaz Z.T., Treat R. Comparison of post-stimulation debriefing versus in stimulation debriefing in medical students // Stimulation in Healthcare. – 2010.– Vol. 5. P. 91-92.

5. Zigmont J.J., Kappus L.J., Sudikoff S.N. The 3D model of debriefind: defusing, discovering, deepening // Semin. Perinatol. 2011. – Vol. 35. – P. 52-58.

#### DEBRIEFING TECHNOLOGY USING IN MEDICAL POST-GRADUATED EDUCATION

Bagriy A. E., Efremenko V. A., Khomenko M.V.,

Khristulenko A.L., Yakovenko V.G.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** In this article debriefing as training technology in post-graduated medical education is discussed.

**Key words:** post-graduated medical education, debriefing.

УДК: 61: 378.046.4

#### К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

Багрий А.Э., Ефременко В.А., Хоменко М.В., Христуленко А.Л., Яковенко В.Г.  
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

**Резюме.** В статье обсуждаются вопросы подготовки и проведения симуляционных курсов обучения на этапах медицинского последипломного образования.

**Ключевые слова:** медицинское последипломное образование, симуляционные технологии.

Формирование и поддержание высокого уровня врачебной компетенции специалистов обеспечивается совершенствованием их подготовки на всех этапах последипломного образования, что является основой для концепции непрерывного профессионального образования. Государственные образовательные стандарты Российской Федерации включают Требования по вузовской, послевузовской и последипломной подготовке медицинских кадров, которые предполагают введение в учебный процесс обучающихся симуляционных курсов, цель которых – эффективная отработка практических навыков и умений с доведением их до автоматизма и формирование у обучающихся клинического мышления. При этом современные симуляционные образовательные технологии подготовки медицинских кадров успешно реализуются с использованием базы Межрегионального образовательного центра высоких медицинских технологий МЗ России (МОЦ ВМТ), где с 2009 года на всех этапах непрерывного профессионального образования, включая послевузовское академическое обучение (интернатура,

клиническая ординатура, аспирантура) и дополнительное профессиональное образование (повышение квалификации и профессиональная переподготовка врачей) по различным специальностям [3].

Программы обучающих симуляционных курсов состоят из нескольких учебных модулей, посвященных различным подразделам цикла и включающих несколько практических занятий. Продолжительность модулей — от 6 до 24 часов в зависимости от требований для конкретной специальности. Методика обучающего симуляционного курса базируется на моделировании клинических ситуаций с привлечением интерактивных образовательных технологий, возможностью дистанционной подготовки обучающихся с тестовым контролем уровня знаний [4].

Конечная цель симуляционных курсов обучения – достижение необходимого уровня теоретических знаний и практических навыков каждым из курсантов. Оптимальным количеством обучающихся в группе признано 6 человек, что позволяет уделить должное внимание каждому участнику тренинга. Продолжительность курса составляет 7–8 часов. Согласно мнению специалистов центра, залогом успешного завершения симуляционного курса является хорошая предварительная теоретическая подготовка обучающихся. Для достижения этой цели всем врачам за 3–4 дня до проведения занятия заранее рассылаются информационный текстовый материал.

Программа курса симуляционного обучения включает короткие лекции и практические занятия на манекенах. В последних используется алгоритм, разработанный Европейским советом по реанимации, и 4-х ступенчатая модель преподавания практических навыков, включающая: 1) демонстрацию преподавателем процесса реанимации в реальном скоростном режиме (обеспечивает первичное запоминание); 2) повторную демонстрация процесса, но в более медленном темпе и с объяснениями (синтез новой информации и старых знаний); 3) повторение обучающимся рассказа о том, как и почему проводится реанимация (передача только что сформированного знания); 4) проведение реанимационных мероприятий обучающимся самостоятельно (закрепление сформированного знания). Кроме того, учебно-методическое сопровождение симуляционных циклов обучения предполагает использование тестовые задания для интерактивных систем голосования, 3D-анимационные и видеосюжеты для интерактивных учебных досок. Для отработки специальных практических навыков используют робот-симулятор «МЕТИмэн». Разработанный с использованием новейших технологий, он позволяет моделировать не только реального пациента (различные виды дыхания, характеристики пульса, голос), но и различные клинические сценарии и условия оказания помощи (например, отделение больницы, ее приемный покой с наличием определенного набора оборудования и медикаментов) или зона вне лечебного учреждения. Робот наделен также автоматической реакцией на внешние манипуляции с ним или воздействия (введение медикаментов, подача кислорода и т.д.), поскольку в программе заложена фармакологическая библиотека. Согласно выбранному сценарию манекен выставляет параметры,

соответствующие определенному заболеванию или неотложному состоянию, дальнейшие его («ответные») преобразования зависят от действий обучающегося. Перечень клинических сценариев достаточно разнообразен: неотложные состояния при остром коронарном синдроме/ инфаркте миокарда, тромбоэмболии легочной артерии, различных вариантах гипертензивных кризов, острых нарушениях мозгового кровообращения, шоке различной этиологии, комах, судорожном синдроме (причем указанные состояния могут инсценироваться как отдельно, так и в комплексе). Обучаемые должны сформулировать предварительный диагноз, провести обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация), оценить данные дополнительных методов исследования (электрокардиограмма, показатели пульса, артериального давления, пульсоксиметрии, температура тела и т.д.). В зависимости от полученных данных назначается лечение: препарат, доза, способ введения, различные методы кислородотерапии, в случае необходимости – проведение искусственной вентиляции легких, сердечно-легочной реанимации и сформулировать окончательный диагноз [2, 3].

Симуляционные курсы предполагают два уровня подготовки: общепрофессиональный и подготовку специальных умений и навыков. К **общепрофессиональным** умениям относят навыки базовой сердечно-легочной реанимации с использованием автоматической наружной дефибрилляции. За основу программы обучения взят курс, разработанный Европейским Советом по реанимации. **Специальные** профессиональные умения и навыки зависят от специализации врача. Так, для врачей-травматологов разработаны сценарии диагностики и лечения вывихов, переломов различной сложности и локализации, правила обезболивания, транспортной иммобилизации при травме; врачи-неврологи отрабатывают алгоритмы действий при оказании неотложной помощи в неврологии (черепно-мозговая травма, эпилептический статус, отек головного мозга, миастенический криз), а также обучаются методике проведения люмбальной пункции [1-3].

Для врачей-терапевтических специальностей крайне важными следует считать навыки оказания экстренной медицинской помощи при наиболее распространенных критических состояниях (различные клинические варианты гипертензивных кризов, острый коронарный синдром, отек легких, пароксизмальные тахи- и брадиаритмии, острые нарушения мозгового кровообращения, тромбозы и тромбоэмболические осложнения, тяжелый бронхообструктивный синдром, шоковые и коматозные состояния, а также судороги различной этиологии, гипертермия, утопление, переохлаждение, ожоги, травмы, острая задержка мочи). При этом особое внимание следует уделить умениям регистрации и интерпретации электрокардиограммы, адекватного (по показаниям!) выбора режимов лекарственных средств (мочегонных,  $\beta$ -адреноблокаторов, блокаторов кальциевых каналов, нитратов, дофамина, антитромботических препаратов, сердечных гликозидов, амиодарона, аденозинтрифосфата, аминофиллина, центральных симпатолитиков, нестероидных противовоспалительных препаратов,

глюкокортикоидов, антигистаминных средств, спазмолитиков различных фармакологических классов, гемостатических и антисекреторных средств) и режима их применения в вышеуказанных неотложных ситуациях [1, 3].

Таким образом, симуляционное обучение является сегодня важной составляющей процесса непрерывного профессионального обучения медицинских кадров, что будет способствовать повышению качества оказания медицинской помощи населению и снижению числа врачебных ошибок, приводящих к жизнеопасным осложнениям. Использование новейших симуляционных технологий в обучении медицинского персонала призвано повысить безопасность лечебного процесса для пациентов, обеспечивая врачам более эффективный, плавный и безопасный переход к практической медицинской деятельности за счет снижения числа ошибок при выполнении манипуляций. Преимуществами симуляционного тренинга по сравнению с традиционной системой подготовки врачей являются возможность многократной отработки определенных упражнений и действий с доведением их до автоматизма, а также обеспечение объективного контроля качества оказания медицинской помощи по результатам тренинга.

### **Литература**

1. Имитационное обучение в системе непрерывного медицинского профессионального образования / Под ред. чл.-кор. РАМН П. В. Глыбочко. — М.: Изд-во Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, 2012. — 120 с.

2. Общероссийская система симуляционного обучения, тестирования и аттестации в здравоохранении / Н. Б. Найговзина, В. Б. Филатов, М. Д. Горшков [и др.] // Виртуальные технологии в медицине.— 2013. — № 1. — С. 8-10.

3. Пахомова Ю. В. Роль симуляционных обучающих курсов в практической подготовке медицинских кадров / Ю. В. Пахомова, И. О. Маринкин, Е. Г. Кондюрина, Е. М. Яворский // Вузовская педагогика : материалы конф. «Современные аспекты реализации ФГОС и ФГТ», Красноярск, 2013. — Красноярск : Типография ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, 2013. — С. 482–484.

4. Симуляционное обучение по специальности «Лечебное дело» / Под ред. А.А. Свистунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288 с.

### **APPROACHES TO EFFICACY POST-GRADUATED EDUCATION INCREASE**

Bagriy A. E., Efremenko V. A., Khomenko M. V., Khristulenko A.L., Yakovenko V.G.  
M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** In this article contemporary simulation technologies in post-graduated medical education are discussed.

**Keywords:** post-graduated medical education, simulation technology.

УДК 378.244.1:159.953

### **ЭКЗАМЕН КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ВЫЖИВАЕМОСТИ ЗНАНИЙ**

Борота А.В., Христуленко А.А., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.Л.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В статье проанализированы особенности апробированных систем обучения

студентов на кафедре общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М.Горького. Предложены мероприятия по улучшению качества подготовки врача, повышению выживаемости знаний по хирургии.

**Ключевые слова:** рабочая программа по хирургии, экзамен, выживаемость знаний.

Ошибки замечать не много стоит: дать нечто лучшее - вот что приличествует достойному человеку. *М. В. Ломоносов.*

Судите о людях не по тому, что они не знают, а по тому, что и как знают. *Люк Вовенарг.*

*Jucundi acti labores.* (Приятны завершённые труды). *Гомер.*

**Вступление.** В связи с пересмотром учебных программ в вузах ДНР на основе имеющегося опыта актуальным является кристаллизация всего лучшего в медицинском образовании СССР, Украины, а также Болонской системы. Ведь не спроста до сих пор во многих странах мира с большим уважением отзываются о врачах с дипломом, полученным во времена Советского Союза. Обучение специалистов - медиков традиционно осуществляется как формирование знаний, умений и навыков в области медицинских знаний и их реализация в процессе врачевания. Механизм контроля является органической частью учебного процесса, и ее функции выходят далеко за пределы собственно оценки. Наряду с контролирующей, она выполняет обучающую, диагностическую, воспитывающую, развивающую, прогностическую и ориентирующую функции.

**Цель работы:** проанализировать недостатки и достоинства апробированных систем обучения хирургии студентов и предложить оптимальную их конфигурацию.

Экзамены - страдная пора в высшей школе, во время которой студенты и преподаватели пожинаяют плоды совместной творческой деятельности. Проведение устного экзамена является важной составляющей педагогической коммуникации, во время которой устанавливается или фиксируется не только степень усвоения информации студентом по дисциплине, но и способности его к различным видам аналитической деятельности, а также к умению действовать в критические и стрессовые ситуации, что является одной из общих компетенций студента. [1] Оценивание - это не фиксация итогов, а «точка» за которой следует новый виток развития, а стало быть, и повышение качества образования (или оценивание не столько «для фиксации», сколько «для улучшения»). Иными словами, «главная задача этой процедуры - улучшение качества работы конкретного преподавателя и через это достижение более широких целей - улучшение качества учебных программ, в которые вовлечены оцениваемые люди, и достижение нового качества работы всей организации в целом» [2].

Таким образом, экзамен начинает интерпретироваться как конструктивная обратная связь.

Анализ литературы и практики позволили выявить достоинства и недостатки известных систем высшего образования:

В отечественной системе обучения со времен СССР закреплено, что

экзамен «по определению» представляет собой всего лишь закрепление и контроль полученных учащимися знаний, умений и навыков и поэтому должен быть если не праздничным (в буквальном смысле слова), то уж никак не печальным событием. Он должен представлять собой индивидуальное (преподаватель – студент) блиц-собеседование по всему материалу изученного курса в виде коротких вопросов и ответов, которые должны быть направлены не только на воспроизведение некой информации, но и на выявление уровня ее понимания, способности в ней самостоятельно ориентироваться и применять на практике. Собеседование по курсу должно, конечно же, проводиться только по тому материалу, который был изложен преподавателем: он имеет право опрашивать только то, о чем сам рассказывал. А если часть материала отводится для самостоятельной подготовки, преподавателю необходимо точно указать ту литературу, которую следует изучить. Спрашивать только то, чему научил, – один из основных принципов преподавательской деятельности [3].

В идеале с автором данной цитаты нельзя не согласиться, однако практика показывает субъективизм оценки преподавателя, который может проявляться при его плохом настроении, индивидуальной неприязни к студенту, различных коррупционных влияниях.

В свою очередь идея создания единой европейской системы образования является продуктивной, соответствует реалиям сегодняшнего дня, а вот её реализация требует серьезной проработки. Успехи в практическом воплощении этой идеи зависят от политики в сфере образования государств, участников Болонского процесса. Наиболее знаковые европейские университеты отказались от участия в Болонском процессе. Это Кембриджский университет, Парижский институт политических наук и др. Болонскую систему отличает переход на двухступенчатое высшее образование, состоящее из бакалавриата и магистратуры, между которыми студенты должны сдавать выпускные и вступительные экзамены. Внедрение в вузах часовых кредитов - чтобы перевестись с одного курса на другой, студентам необходимо потратить на обучение определенное количество времени, складывающееся из аудиторных занятий и самостоятельной работы. Оценка качества образования по стандартизованным прозрачным общемировым схемам. Программа мобильности, которая дает возможность продолжать начатое в вузе своей страны образование в высших школах других стран Европы. Главный плюс европейских стандартов – в их рациональности, – основной упор делается на профессиональные навыки.

Получив опыт работы с Болонской системой можно отметить, что в применении ее в Украине были выявлены следующие недостатки: Система требует от вуза значительных финансовых вложений – в том числе на приобретение различного рода тренажеров. В Советском Союзе студенты активно контактировали с пациентами, получая необходимый опыт. Тогда поддерживался высокий авторитет врача, который в Украине был подорван часто беспричинной критикой в средствах массовой информации, что привело пациентов к недоверию и необходимости различного рода письменных

договоров, разрешений на обследование и лечение, следовательно и на общение со студентами. Потраченное на обучение время далеко не всегда прямо пропорционально уровню полученных знаний. И, что наиболее значимо, сдача итогового модульного контроля сразу после окончания цикла не оставляет времени на систематизацию знаний по дисциплине. Программа мобильности требует значительных материальных затрат студента и зачастую выражается в эмиграции наиболее подготовленной группы молодых специалистов.

В соответствии с предложенной и применяемой нами рабочей программой, контроль проводится стандартизировано: оцениваются знания и навыки, приобретенные на практических занятиях, после каждого модуля, и вновь (как во времена СССР), на введенном в конце курса экзамене по дисциплине в период зимней экзаменационной сессии по окончании 7 учебного семестра. Возврат к данной методике требует от студента обновления в памяти информации по всему предмету, её систематизации, а как следствие, к повышению выживаемости знаний.

Экзамен для студентов на кафедре общей хирургии № 1 - это оценка уровня знаний, а также уровня овладения умениями и навыками.

Знания проверяются в процессе стандартизованного тестового контроля с использованием компьютерной системы и тестов формата А, оценивающих достижение студентом целей обучения.

Сотрудники кафедры, в соответствии с целями дисциплины и учебными планами, определили типовые задачи деятельности и умений, которые проверяются и оцениваются. А именно:

- определение основных симптомов и синдромов (на основе опроса и объективного обследования), определение предварительного диагноза;
- определение плана дополнительных методов обследования и оценивания результатов;
- определение тактики ведения больного, вопросов профилактики;
- диагностика и лечение неотложных состояний.

Таким образом, применяемая система подготовки студентов к занятиям, итоговому модульному контролю и к экзамену на кафедре общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М.Горького является системой повторения, конструктивной обратной связи, отработки практических навыков, позволяющей повысить выживаемость знаний по хирургии у студентов.

### **Литература**

1. Захарова М.В. Экзамен как форма педагогической коммуникации Сибирский педагогический журнал № 9 – 2012 С. 191-195.

2. Акулова О.В., Бахмутский А.Е. Проектирование учебно-методического обеспечения модулей инновационной образовательной программы: Методическое пособие под ред. С.А. Гончарова. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2007. – 159 с.

3. Гусев Д. Экзамен – всегда «праздник»? Высшее образование в России 2003.- № 3.-С. 84-86.

## EXAM AS A WAY TO IMPROVE THE SURVIVAL OF KNOWLEDGE

Borota A.V., Khristulenko A.A., Kunicky Yu.L., Khristulenko A.L.

M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The article analyzes the characteristics of tested students' learning systems at the department of general surgery #1 of Donetsk National Medical University behalf of M.Gorky. The measures to improve the quality of medical training, knowledge increase survival surgery.

**Keywords:** work program on surgery, exam, knowledge of survival.

УДК 378.244.1:617

## ПОДХОДЫ К ОЦЕНИВАНИЮ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ №1 ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО

Борота А.В., Гринцов А.Г., Христуленко А.А.,

Куницкий Ю.Л., Кирьякулова Т.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В статье проанализированы недостатки традиционной системы оценивания учебной деятельности студентов на кафедре общей хирургии №1 ДонНМУ им. М.Горького. Предложены мероприятия по ее улучшению.

**Ключевые слова:** учебная деятельность студента, критерии оценки.

**Вступление.** Одним из важнейших компонентов обучения студента-медика является профессиональное самосознание личности. Исходя из этого, для педагога особое значение приобретает разработка теоретических и практических подходов в рамках учебной деятельности. В условиях реформирования высшего образования актуальной является задача нахождения оптимальных способов формирования профессионализма не только на этапе деятельности, но и обучения. Обучение специалистов - медиков традиционно осуществляется как формирование знаний, умений и навыков в области медицинских знаний и их реализация в процессе врачевания. Педагогическое оценивание может выступать фактором развития профессионального самосознания на этапе обучения в медицинском ВУЗе.

**Цель работы:** проанализировать недостатки традиционной системы оценивания знаний студента-медика и предложить мероприятия по ее улучшению.

В наше время функция оценивания не сводится только к выявлению недостатков, а рассматривается как критический анализ образовательного процесса предполагающий, прежде всего более точное определение направлений улучшения. Важно подчеркнуть, что речь идет не столько об изменении средств оценивания, сколько об изменении целей оценивания и философии оценки. Оценивание - это не фиксация итогов, а «точка» за которой следует новый виток развития, а стало быть, и повышение качества образования (или оценивание не столько «для фиксации», сколько «для улучшения»). Иными словами, «главная задача этой процедуры - улучшение качества работы конкретного преподавателя и через это достижение более широких целей - улучшение качества учебных программ, в которые вовлечены оцениваемые люди, и достижение нового качества работы всей организации в целом» [1].



Таким образом, оценивание начинает интерпретироваться как конструктивная обратная связь.

Анализ литературы и практики позволил выявить недостатки традиционной системы оценивания:

- направленность оценки преимущественно на внешний контроль;
- преимущественная ориентация контрольно-оценочных средств на проверку репродуктивного уровня усвоения, на проверку фактологических знаний;
- отсутствие у преподавателей общих критериев оценивания стандартизированных измерителей и единых шкал; обучающиеся мало мотивированы на систематическую работу по предмету;
- критерии оценки не содержат описания действий или деятельности, свидетельствующих достижению какого-либо результата образования; часто оценки завышаются, большую роль играет субъективный фактор. [2]

Оценивание учебной деятельности на кафедре общей хирургии №1 ДонНМУ им. М.Горького проводится согласно «Положению об оценивании учебной деятельности студентов в ДонНМУ в 2015-2016 уч.г.» [3].

Согласно этой инструкции оценивание учебной деятельности проводится стандартизировано. В соответствии со структурой практического занятия определяются основные виды деятельности, которые оцениваются, в первую очередь самостоятельная работа и текущий тестовый контроль. За каждый из них выставляется отдельная оценка.

Оценивание самостоятельной студентов на кафедре общей хирургии № 1 - это оценка степени овладения умениями и навыками.

Сотрудники кафедры, в соответствии с целями занятия и учебными планами, определили типовые задачи деятельности и умений, которые проверяются и оцениваются:

- определение основных симптомов и синдромов (на основе опроса и объективного обследования), определение предварительного диагноза;
- определение плана дополнительных методов обследования и оценивания результатов;
- определение тактики ведения больного, вопросов профилактики;
- диагностика и лечение неотложных состояний согласно с темой занятия.

Выполнение типовых задач деятельности и умений оценивается баллами "1", "0,5" и "0" (выполнено, выполнено не полностью, не выполнено).

Оценки выставляются на основе суммы баллов, полученных студентами при оценивании степени овладения практическими навыками.

Результат овладения практическими умениями определяется в оценках 5 - "отлично", 4 - "хорошо", 3 - "удовлетворительно", 2 - "неудовлетворительно".

Критерии оценки:

5 баллов - "отлично"; 4,5 - 4,0 баллов - "хорошо"; 3,5 - 3,0 балла - "удовлетворительно"; 2,5 балла и менее - "неудовлетворительно".

*Текущий тестовый контроль* осуществляется с помощью компьютерных тестов формата А, проверяющих достижение конкретных целей занятия.

Оценка за работу с тестовыми заданиями выставляется по следующему принципу: при наличии до 10 % ошибочных тестов - «5», 11 -25 % ошибочных тестов - «4», 26-40 % ошибочных тестов - «3», более 40 % ошибочных тестов - «2».

Таким образом, предложенная система оценивания учебной деятельности студентов на кафедре общей хирургии № 1 ДонНМУ им. М.Горького является системой конструктивной обратной связи, позволяющей повысить мотивацию к обучению и объективность при выставлении оценок преподавателем.

### **Литература**

1. Проектирование учебно-методического обеспечения модулей инновационной образовательной программы: Методическое пособие / О.В. Акулова, А.Е. Бахмутский, Р.У. Богданова, О.Б. Даутова, Е.В. Пискунова, Н.Ф. Радионова, А.П. Тряпицына; Под ред. С.А. Гончарова. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2007. – 159 с.

2. Трайнев В.А., Мкртчян С.С., Савельев А.Я. Повышение качества высшего образования и Болонский процесс. Обобщение отечественной и зарубежной практики. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К<sup>о</sup>», 2007. – 392 с.

3. «Положение об оценивании учебной деятельности студентов в ДонНМУ в 2015-2016 уч.г.». Приказ ректора № 133 от 31.08.2015 г.

### **APPROACHES TO THE EVALUATION OF EDUCATIONAL ACTIVITY OF STUDENTS IN THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY #1 OF DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY BEHALF OF M.GORKY**

Borota A.V., Grintsov A.G., Khristulenko A.A., Kunicky Yu.L., Kiryakulova T.G.  
M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The article analyzes shortcomings of the traditional system of evaluation of educational activity of students in the department of general surgery №1 DONNMU behalf of M.Gorky. The measures to improve it.

**Keywords:** educational activity of student, criteria of estimation.

УДК 616.1 / .4 + 378.147 + 004.9

### **РОЛЬ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА ВЫПУСКНОМ КУРСЕ**

Ванханен Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Проведен анализ применения интерактивных технологий обучения на практических занятиях по внутренним болезням. Увеличение доли интерактивных форм обучения на практическом занятии положительно влияет на освоение учебного материала студентами, способствует развитию у них познавательных и творческих способностей.

**Ключевые слова:** интерактивные методы обучения, деловая игра, внутренние болезни.

Модернизация высшего профессионального образования характеризуется переориентацией его на личностную парадигму и компетентностный подход как приоритетный. Проблема повышения качества образования постоянно находится в центре внимания высшей медицинской школы. Одним из важных

путей повышения эффективности преподавания внутренних болезней является широкое внедрение в педагогический процесс методов активного, проблемного обучения, предполагающих деятельное участие всех студентов в учебном процессе [1,2,6]. Первостепенное внимание должно уделяться формированию клинического мышления, умению самостоятельно учиться и в дальнейшем постоянно совершенствовать свои знания, решать возникающие профессиональные проблемы. Необходимо отказаться от практики «трансляции знаний» [4]. Все методы обучения разделяют на три вида: пассивные, активные и интерактивные. Пассивные методы обучения – это методы, при которых обучающийся занимает позицию пассивного слушателя информации, сообщаемой педагогом, т.е. идет передача знаний в готовом виде. С точки зрения эффективности усвоения учебного материала пассивный метод считается самым неэффективным [1]. Активные методы обучения – это методы, при которых обучающийся и педагог находятся в ситуации активного диалога. Интерактивные методы обучения (рассматривают, как наиболее современную форму активных методов) – это методы, при которых имеется взаимодействие обучающихся между собой и преподавателем (может быть непосредственным и опосредованным), позволяющее реализовывать в обучении идеи взаимообучения и коллективной мыслительной деятельности, процесс общения «на равных», при котором все участники готовы обмениваться друг с другом информацией, высказывать свои идеи, отстаивать свою точку зрения в видении проблемы, включающее в себя анализ реальных проблем и ситуаций [2,3,5].

Экспериментально установлено, что при прочих равных условиях в памяти человека запечатлевается до 90% того, что он делает, до 50% того, что он видит, и только 10% того, что он слышит. Поэтому наиболее эффективная форма обучения основана на активном включении в соответствующее действие [6]. Лучшей формой практической подготовки студента, как известно, является непосредственная работа у постели больного при условии систематического пополнения знаний с помощью изучения необходимой литературы. Каждая встреча с больным представляет для студентов проблемную ситуацию. Большую помощь в многократной отработке дифференциально-диагностических и лечебных алгоритмов оказывает решение ситуационных тестовых задач конструктивного и выборочного типа или предлагаемая преподавателем деловая игра. У нас на кафедре из всего многообразия интерактивных методов обучения наиболее широко на практическом занятии используются обучающие игры. Преподаватель задает в общих чертах исходную ситуацию без предоставления всей необходимой дополнительной информации. Студенты сами решают, какая информация им понадобится. Преподаватель выдает только по их просьбе. При подведении итогов оценивается правильность решения и оптимальность информационных запросов. Анализ действий всех участников с их оценкой дает назначаемый из студентов «врач-эксперт». Затем в обсуждение включаются все студенты группы, а итог подводит преподаватель. Деловая игра позволяет смоделировать различные клинические случаи и в деталях отработать дифференциально-

диагностические алгоритмы. Игра проводится не вместо больного, а представляет некий шлагбаум перед тем, как иметь право подойти к больному. Ведь больной это не учебное пособие для невежественных студентов. К больному должен подойти хорошо обученный студент, в мозгу которого уже сформированы все необходимые оптимальные мыслительные операции. Использование ситуационных задач и деловых игр дает возможность сотрудникам кафедры активизировать учебный процесс, повышает интерес к изучаемой проблеме, способствует развитию врачебного мышления и в конечном итоге повышает эффективность обучения. Использование деловых игр на занятии позволяет нам максимально приблизить обучение к будущей практической работе врача, развивает умение проводить дифференциальную диагностику с минимальной затратой времени и назначать оптимальную тактику лечения наиболее доступными методами, создавать играющим динамически меняющуюся картину в зависимости от правильных и ошибочных действий и решений, формирует умение работать в команде и для команды. Учебная игра компенсирует отсутствие пациента с редкой патологией, входящей в учебный план.

Определяя методику преподавания, мы опираемся на общепсихологические и дидактические исследования: теорию поэтапного формирования умственных действий, психологическую теорию решения. Согласно этим теориям, все приемы, используемые для принятия решения, делятся на алгоритмические и эвристические. Алгоритм – это система четко определенных правил, выполнение которых в строгой последовательности позволяет прийти к правильному решению, причем на каждом шаге правил известно, что считать результатом этого процесса. Эвристические приемы – это правила, гораздо менее определенные, чем алгоритм, в плане достижения правильного решения, последовательности действий. Они предполагают продуктивное творческое мышление. В ситуациях, когда есть неопределенность в отношении будущего результата, более эффективны эвристические приемы. В более конкретных ситуациях целесообразнее использовать диагностические и лечебные алгоритмы, которые дают хороший эффект в формировании знаний и умений лечить больного. В начале цикла преподаватель предоставляет перечень синдромов, которые будут обсуждаться на цикле. На практическом занятии в совместной беседе со студентами по типу дискуссии вырабатывается оптимальный алгоритм диагностики и лечения. Такой подход чрезвычайно целесообразен на VI курсе, поскольку происходит суммирование всех ранее полученных знаний. Кроме того, он активизирует учебный процесс, совершенствует навыки работы с литературой, умение ориентироваться в большом объеме информации, учит проводить анализ, интерпретацию полученных данных. В последующем алгоритм многократно отрабатывается на практике у постели больного, при решении ситуационных задач, в деловых играх. Использование интерактивных методов обучения на практических занятиях обеспечивает включение каждого студента в процесс обучения, повышает познавательную мотивацию, обучает навыкам успешного общения

(умения слушать и слышать друг друга, выстраивать диалог), развивает навыки самостоятельной учебной деятельности, способствует развитию у студентов умения четко ставить задачи, решать проблемы, предусматривать последствия своего выбора, давать объективную оценку, развивает лидерские умения и качества, умение работать в команде и с командой. Эти навыки в современной жизни играют ключевую роль для достижения успеха в профессиональной и общественной деятельности.

Таким образом, использование методов интерактивного обучения, формирование синдромного алгоритмического принципа мышления повышает уровень подготовки выпускников медицинского вуза, их способность применять знания для решения нестандартных профессиональных проблем, способствует развитию познавательных и творческих способностей.

### **Литература**

1. Иванченко М. А. Активные и интерактивные методы обучения в высшей школе / М. А. Иванченко // Гуманитарные и социальные науки. - 2014. - № 2. - С. 373-377.

2. Пафифова Б. К. Ситуационно-ролевые игры как одна из форм интерактивных методов обучения в высшей школе / Б. К. Пафифова // Вестник Майкопского государственного технологического университета. - 2015. - № 1. - С. 110-116.

3. Interactive Algorithms for Teaching and Learning Acute Medicine in the Network of Medical Faculties MEFANET / D. Schwarz, P. Stourac, M. Komenda [et al] // J. Med. Internet Res. – 2015. – Vol.15, No7.- P. 135-161.

4. Role of Interactive Teaching in Medical Education / D. Kaur, J. Singh<sup>2</sup>, C. Seema [et al] // International Journal of Basic and Applied Medical Sciences (Online). – 2011. – Vol. 1, No. 1. – P. 54-60. - Available at : <http://www.cibtech.org/jms.htm>.

5. Steinert Y. Interactive Lecturing: Strategies for Increasing Participation in Large Group Presentations / Y. Steinert, L. S. Snell // Medical Teacher. – 2015. - Vol. 21, No. 1. – P. 37-42.

6. Use of Interactive Teaching Techniques to Introduce Mental Health Training to Medical Schools in a Resource Poor Setting / S. Syed, N. Bass, P. Hughes [et al] // Afr. J. Psychiatry (Johannesbg). – 2013. – Vol. 16, No. 4. – P. 256-263. - Available at : <http://dx.doi.org/10.4314/ajpsy.v16i4.34>.

### **ROLE OF INTERACTIVE TEACHING METHODS IN INTERNAL MEDICINE TEACHING AT THE GRADUATION YEAR**

Vankhanen N.V.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** There is the analysis of the use of interactive teaching technologies in practical training in internal medicine. Increasing the part of interactive forms of teaching on practical training has a positive effect on the mastering of teaching material by students, leads to the development of their cognitive and creative abilities.

**Key words:** interactive teaching methods, management game, internal medicine.

## НЕКОТОРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Городник Г.А., Кабанько Т.П., Смирнова Н.Н.,  
Ермилов Г.И., Агафонова Г.Ю., Костенко В.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** Кафедра анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького повышает качество преподавания на до- и послевузовском уровнях образования и престижность специальности для студентов. Опыт кафедры показывает, что двухлетняя клиническая ординатура является минимальным периодом обучения в современных условиях.

**Ключевые слова:** инновационные организационные подходы, аудиовиртуальные технологии.

Обучение по специальности анестезиология и реаниматология в медицинском ВУЗе и последующая послевузовская подготовка врачей для работы в этой трудной клинической специальности остается актуальной проблемой, особенно в настоящее время – перехода с одних программ обучения на другие. В учебном плане обучения врачей-интернов выделяется такое количество учебных часов, при которых невозможно говорить о серьезном овладении предметом. Такое положение является фактором, обуславливающим подготовку несостоятельных специалистов. Врачи будут плохо ориентироваться как в анестезиологии, так и в интенсивной терапии критических состояний.

**Целью** нашей работы является привлечение внимания министерств здравоохранения, образования и науки ДНР к решению проблемы подготовки в университете квалифицированных врачей анестезиологов-реаниматологов.

Данные американских исследований свидетельствуют о том, что самым эффективным звеном в команде врачей, оказывающих экстренную помощь больным, находящимся в критическом состоянии, является врач анестезиолог-реаниматолог, как единственный специалист, имеющий опыт работы с пациентами с любой патологией. Для этого он должен обладать мультидисциплинарным объемом теоретических знаний.

Коллектив кафедры, разрабатывает и широко применяет в системе послевузовской подготовки врачей-анестезиологов инновационные образовательные технологии, в том числе элементы виртуального подхода к освоению практических навыков. Однако, работа врача анестезиолога-реаниматолога на 90% проходит в экстремальных условиях, где для принятия решения и начала профессионально отточенных действий отводится несколько минут, а иногда и секунд. Поэтому освоение работы в таких жестких условиях требует, чтобы врач-интерн за время обучения на очном цикле отработал в операционных многопрофильных клиник под руководством преподавателей, научился работе в бригаде оперирующих специалистов. Учитывая, что по новой программе обучения очный цикл составляет четыре месяца, кафедра взяла на себя дополнительную нагрузку по работе с врачами-интернами на

заочном цикле. Для этого с помощью руководства ДонНМУ перераспределено прохождение заочного обучения в больницах второго уровня на обучение в клинической больнице третьего уровня.

В рамках непрерывного образовательного развития врачей анестезиологов-реаниматологов на кафедре анестезиологии, интенсивной терапии и медицины неотложных состояний Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького кроме предаттестационных циклов проводятся курсы тематического усовершенствования, которые формируются по тематике на основании анализа анкетирования врачей-курсантов.

У курсантов в начале каждого цикла компьютерным тестированием определяется уровень знаний по всем разделам специальности и по смежным дисциплинам. Аналогичное тестирование проводится после прохождения цикла обучения. Сравнение исходной и окончательной оценок знаний позволяет сделать вывод об эффективности организации учебного процесса на кафедре. В учебном процессе используются видеофильмы, мультимедийные презентации лекций, семинаров и практических занятий.

#### **Выводы**

1. На основании многолетнего опыта работы кафедры срок подготовки квалифицированного врача анестезиолога-реаниматолога должен быть не менее 2-х лет.

2. Непрерывное образовательное развитие для врача анестезиолога-реаниматолога должно включать курсы тематического усовершенствования до прохождения предаттестационного цикла.

#### **Литература**

1. Болонский процесс: середина пути / Под ред. В.И. Байденко.- М.: 2005.- 285с.

2. Бунятян А.А., Выжигана М.А., Сизова Ж.М. Инновационная структура последипломного профессионального образования врачей по специальности «Анестезиология и реаниматология» как составляющая концепции непрерывного профессионального развития в свете положений Болонской декларации // Анестезиология и реаниматология.- №5,2009.-С.18-25.

3. Комарова Е.Б., Беброва О.А., Ребров БА. Интерактивный метод в обучении врачей-интернов // Материалы учебно-научного конференции «Современное последипломное образование: достижения, проблемы, перспективы».- Харьков, 2013.- С.20-21.

4. Полушин Ю.С., Глущенко В.А., Зарипова З.А. Старые и новые проблемы подготовки анестезиологов-реаниматологов // Анестезиология и реаниматология. - №2, 2014.- С.59-62.

#### **SOME PROBLEMS IN TEACHING ANAESTHESIOLOGY AND REANIMATOLOGY AT A HIGHER MEDICAL EDUCATIONAL ESTABLISHMENT**

Gorodnik G.A., Kabanko T.P., Smirnova N.N., Ermilov G.I., Agaphonova G.U., Kostenko V.S.  
M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The paper describes the experience of the Department of Anaesthesiology and

Reanimatology. Donetsk national medical university in upgrading the quality of teaching at the pre- and postgraduate stages of education and the prestigiousness of the specialty for students. The authors experience suggests that 2-year clinical residency is the minimum training period under the present conditions.

**Key words:** innovation organizational approaches; audiovisual technologies.

УДК 378.4+616-085

## ОБ ОПЫТЕ ПРЕПОДАВАНИЯ ЦИКЛА «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ» НА ШЕСТОМ КУРСЕ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА.

Грушко И.В., Максимова Л.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,  
кафедра внутренних болезней.

**Резюме.** Поликлиника является основным звеном практического здравоохранения. Подавляющее число больных получают медицинскую помощь именно там. Теоретическая и практическая подготовка выпускника университета должна быть достаточной для выполнения будущих профессиональных обязанностей. Описан опыт проведения практических занятий по циклу «поликлиническая терапия» у выпускников медицинского университета.

**Ключевые слова:** поликлиническая терапия, обучение на шестом курсе.

В настоящее время общество предъявляет большие требования к качеству медицинского обеспечения населения. Причиной этому является все возрастающий уровень общей культуры, доступность медицинской информации, осведомленность пациентов о характере их недуга.

Основным звеном в медицинском обеспечении населения остается поликлиника. Поликлиническое звено является основой оказания лечебно-профилактической помощи населению, а участковый терапевт во многом определяет результативность, эффективность и качество медицинских услуг. Основными видами работы в поликлинике являются: прием амбулаторных больных, лечение больных в дневном стационаре, контроль за лечением, проводимом в домашних стационарах. Больших усилий требуют профилактические мероприятия: проведение профилактических осмотров населения, формирования у населения здорового образа жизни, диспансеризация. (Барт Б.Я. 2005)

Семейный врач – главное действующее лицо. На его ответственности лежит состояние здоровья людей, проживающих на его участке.

Амбулаторный прием – основной вид работы семейного врача. За короткий промежуток времени врач должен выслушать жалобы пациента, осмотреть его, наметить план обследования и лечения, оценить трудоспособность человека. Очень важным является оформление медицинской документации. Для быстрой и правильной ориентации в конкретном клиническом случае необходима высокая профессиональная подготовка врача. Правильность диагноза во многом зависит от результатов дополнительных методов исследования. Терапевт должен знать показания и противопоказания для каждого метода исследования, а также его разрешающие возможности. Увеличение доли пожилых и престарелых людей на участке диктует новые



методы работы с ними. Все чаще такой контингент больных получают лечение в дневных стационарах и стационарах на дому.

Внедрение в практику домашних стационаров является достижением современного здравоохранения. Метод имеет ряд преимуществ: больной находится в привычных для него условиях, в кругу семьи, родственники избавлены от необходимости ежедневно посещать его в стационаре, что для работающих людей бывает проблематично. В макросоциальном плане домашний стационар позволяет более рационально использовать дорогостоящую стационарную койку для тяжелых больных.

Дневной стационар- это еще одна форма оказания помощи больным. Первый дневной стационар появился в Оксфорде в 1956г. и был использован для лечения онкологических больных. С каждым годом сеть этих лечебных учреждений увеличивалась. Это центр специализированного лечения, а так же психологической поддержки больных.(Dyachuk D.D. 2011)

Обучение студентов шестого курса в Донецком медицинском университете построено таким образом, чтобы по окончании вуза выпускник был максимально адаптирован к своей будущей профессиональной деятельности. Кафедра внутренних болезней вот уже более сорока лет располагается на базе Дорожной больницы города Донецка. Это крупное лечебное учреждение, имеющее поликлинику, стационары терапевтического и хирургического профилей.

Амбулаторный прием ведут терапевты с большим стажем работы, подавляющее число врачей имеют первую и высшую категории. Гордостью больницы является диагностическое отделение, оснащенное современным оборудованием. Есть возможность выполнить ультразвуковое исследование внутренних органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, провести Холтеровское мониторирование, ФГДС, ректороманоскопию, ЭЭГ, ФВД и т.д.

Таким образом, материально-техническая база больницы позволяет проводить практические занятия по циклу «поликлиническая терапия» на должном уровне.

Педагогический процесс построен согласно организационной структуре практического занятия. Преподаватель заблаговременно согласовывает с заведующей терапевтической службой работу студентов со специалистами с учетом тематического плана. Так например, если тема занятия «Синдром боли в животе», часть студентов направляют в кабинет гастроэнтеролога. День, посвященный поликлинической кардиологии, часть студентов проводят с кардиологом. Это позволяет продемонстрировать студентам более квалифицированную медицинскую помощь. К сожалению, размеры врачебных кабинетов не позволяют вместить шесть- семь студентов, да это и могло бы затруднить работу врача.

Рабочее время разделено на две части: два часа студенты проводят в кабинете врача, принимая самое активное участие в работе. Студент самостоятельно осматривает больного, вырабатывает собственное мнение по поводу предварительного диагноза и дальнейшей тактики ведения пациента. В

последующие дни студент может ознакомиться с результатами обследования.

Вторая половина рабочего дня (130 мин.) отведена для работы с преподавателем и обсуждению наиболее интересных и сложных случаев. Каждый студент докладывает самый демонстративный из наблюдаемых сегодня случаев, проводит обоснование своего предварительного диагноза, формулирует его согласно существующим классификациям, планирует комплекс необходимых лабораторных и инструментальных исследований, назначает лечение. Остальные студенты участвуют в обсуждении, предлагают свои версии. В ходе обсуждения преподаватель задает вопросы о результатах объективного обследования больного, клиническом значении выявленных симптомов, интерпретации результатов дополнительных методов исследования. Особое внимание уделяют проблеме лечения больного. Оговаривают фармакологический эффект каждой группы препаратов, их побочное действие. Обсуждаются вопросы экспертизы нетрудоспособности. Преподаватель контролирует ход дискуссии, направляет ее в нужное русло, вовлекая в процесс всех студентов. В конце занятия преподаватель подводит итог, объявляет оценки и тему следующего занятия. Подчас преподаватель оказывает консультативную помощь врачам поликлиники.

Таким образом, организация цикла «поликлиническая терапия» максимально приближает студента шестого курса к будущей практической деятельности.

### **Литература**

1. Поликлиническая терапия./под. ред. Б.Я. Барта.- М.: АКАДЕМІА, 2005.-542с.
2. Dyachuk D.D. Day Care Unit as a Modern Economic Form of Medical Care in Ambulatory Setting. Environment and Health.2011.№3.-P 24-30.

TEACHING EXPERIENCE ON THE CYCLE "POLYCLINIC THERAPY" FOR STUDENTS OF SIXTH YEAR OF MEDICAL UNIVERSITY.

Grushko Ir.V, Maximov LY

M.Gorky Donetsk State Medical University

**Summary.**The policlinic is the main link of practical health care. Overwhelming number of patients receive medical care exactly there. Theoretical and practical training of the graduate of university has to be sufficient for performance of future professional duties. Experience of carrying out a practical training on the cycle "polyclinic therapy" at graduates of medical university is described.

**Keywords:** polyclinic therapy, the sixth course.

УДК 378.046:378.146

### **ПРИНЦИПЫ ПОВЫШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ ВУЗов**

Данькина И.А., Джеломанова С.А., Галалу С.И., Данькина В.В.  
Чистяков А.А., Клецова М.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии

**Резюме.** Успехи системы образования во многом определяются качеством научно-

педагогических и управленческих кадров. Переход на многоуровневую систему подготовки, а также акцент на непрерывности образования и совместимости разных уровней и организационных структур требуют пересмотра методологических, организационных, психологических, педагогических основ проектирования инновационного образовательного процесса в системе повышения квалификации преподавателей вузов.

**Ключевые слова:** аспекты, преподаватели, повышение квалификации.

Конечная цель профессионально-педагогической деятельности преподавателя задается конечной целью подготовки специалиста – профессиональной компетентностью, готовностью к инновационной деятельности. Задачи профессионально-педагогической деятельности реализуются через организацию учебной, научно-исследовательской, учебно-производственной деятельности студентов как единого процесса, в котором формируются, развиваются и находят свое приложение знания, умения, навыки, способности к выполнению гностической, проектировочной, конструктивной, коммуникативной и других функций, к решению задач с производственным содержанием [2]. Смысл повышения квалификации научно-педагогических кадров заключается не столько в насыщении слушателей неким количеством информации, сколько в развитии у них таких навыков, как умение оперировать предметным содержанием знаний, проектировать и моделировать свою деятельность. Современная система повышения квалификации представляет собой гибкую, динамичную систему, адекватную требованиям конкретных образовательных учреждений и учитывающую сложившуюся профессионально-педагогическую компетентность преподавателей. Переподготовка и повышение квалификации преподавателей должны осуществляться на основе общенаучных принципов и системы следующих специфических принципов: принципа динамичности, предусматривающего возможность изменения и дополнения содержания образовательных программ; принципа осознанной перспективы, требующего глубокого понимания и осознания как слушателями, так и преподавателями системы близких, средних и отдаленных перспектив обучения; принципа разносторонности методического консультирования, предполагающего высокую степень заинтересованности от слушателей и компетентности от преподавателя; принципа паритетности, основанного на субъект-субъектном взаимодействии преподавателей и слушателей. Для системы повышения квалификации, ориентированной, прежде всего на личностно-профессиональное развитие преподавателя, ценностно-смысловая направленность процесса постдипломного обучения является определяющей [3]. В основу содержания повышения квалификации преподавателей положена идея интеграции различных областей знания, входящих в поле их профессиональной деятельности [1]. Это позволяет обеспечивать усвоение междисциплинарных знаний, развитие системного мышления при экономии времени на подготовку. Стержневой проблемой формирования содержания психолого-педагогической подготовки преподавателей является его целостность. Исходя из изложенного, правомерно выделить главный методологический принцип, лежащий в основе

функционирования и развития системы профессионально-педагогической подготовки и повышения квалификации преподавателей. Таковым является принцип соответствия системы тем изменениям, которые происходят в науке, медицине, технологиях и, соответственно, в профессиональной деятельности медика и профессионально-педагогической деятельности преподавателя. Высокие темпы развития науки и техники, интенсивное внедрение в образовательную практику информационных технологий, устойчивая тенденция гуманитаризации медицинского образования, появление новых форм и механизмов международного сотрудничества в образовательной сфере требуют постоянной научно-методической работы по созданию новых и совершенствованию существующих образовательных программ. При этом содержание программ должно основываться на функциональной структуре профессионально-педагогической деятельности, на требованиях к профессиональным и личностным качествам преподавателя, соответствовать действующим нормативным документам, учитывать специфику научно-педагогических школ конкретного вуза. При значительном разнообразии реализуемых вузами программ переподготовки, подготовки и повышения квалификации научно-педагогических кадров существуют общие требования к их разработке и реализации: соответствие структуры и содержания программ государственным требованиям к минимуму содержания и уровню подготовки для получения дополнительной квалификации «Преподаватель высшей школы»; единство теоретической и практической подготовки, взаимосвязь профессиональных знаний и практических навыков преподавателя; освоение современных форм, методов, средств и технологий обучения, развитие творческого потенциала, повышение уровня профессиональной и общей культуры; удовлетворение интересов слушателей через систему элективных и факультативных дисциплин, индивидуальных учебных планов. Инновационные программы переподготовки и повышения квалификации научно-педагогических кадров должны опираться на современные достижения науки и техники, мировой и отечественный опыт, новые образовательные концепции, инновационные формы, методы, средства и технологии обучения, учитывать общие аспекты и особенности профессиографических моделей различных категорий преподавателей, определяющих основные требования к их профессиональным и личностным качествам. При разработке инновационных образовательных программ необходимо руководствоваться некоторой совокупностью основополагающих рекомендаций – принципов, отражающих приоритеты в отборе и структурировании учебного материала и направленных на обеспечение соответствия содержания программ и способов их реализации заявленным целям обучения. Среди таковых следует выделить: принцип междисциплинарности и интеграции, ориентирующий отбор и структурирование учебного материала на синтез знаний из широкого спектра наук, сопряженных с профессионально-педагогической деятельностью преподавателя медицинского вуза; принцип гуманитаризации, проявляющийся в усилении социокультурных компонентов в структуре подготовки

преподавателя медицинского вуза; принцип динамичности, определяющий возможность периодического обновления содержания программ и приведения их в соответствие с инновационными образовательными процессами и изменениями в научно-техническом, экономическом и социокультурном развитии; принцип соответствия форм организации учебного процесса целям практической подготовки к решению образовательно-воспитательных задач; принцип индивидуализации и дифференциации, направленный на учет потребностей, интересов и способностей слушателя, опыта его педагогической деятельности и профессионального базового образования. Указанные принципы определяют подходы к разработке инновационных программ переподготовки и повышения квалификации научно-педагогических кадров, раскрывают способы достижения поставленных целей обучения.

### **Литература**

1. Осуществление межпредметных связей в процессе обучения: Методические рекомендации / под редакцией В.Н. Федорова. – Киев, 2005. - 132 с.
2. Весенёв Ю.Б. Организация курсов повышения квалификации преподавателей высшей школы нового поколения. - СПб., 2007. - 244 с.
3. Климов Е.А. Психология профессионала. – СПб., 2006. – 200 с.

PRINCIPLES FOR IMPROVING TEACHING TRAINING UNIVERSITY PROFESSORS  
Dankyna I.A., Dzhelomanova S.A., Galaly S.I., Dankyna V.V., Chistyakov A.A., Kletsova M.I.  
M. Gorky Donetsk national medical university  
Department of obstetrics and gynecology

**Summary.** The success of the education system is largely determined by the quality of research and teaching and administrative staff. The transition to a multi-level training system, as well as the emphasis on continuity and compatibility of education at various levels and organizational structures need to be revised methodological, organizational, psychological, pedagogical bases of designing innovative educational process in the system of training of university teachers.

**Keywords:** aspects, teachers, training.

УДК 378.244.3:004.9

### **ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ЭЛЕКТРОННЫХ ТЕСТОВ**

Данькина И.А., Джеломанова С.А., Галалу С.И., Данькина В.В., Чистяков А.А.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии

**Резюме.** В данной статье рассматриваются преимущества и недостатки создания и использования электронных тестов для различных форм тестирования студентов. Обращает на себя внимание тот факт, что данный вид проверки знаний у студентов является одним из перспективных направлений совершенствования образования в высших учебных заведениях.

**Ключевые слова:** электронные тесты, проверка знаний.

Понятие «тест» в широком смысле слова означает любую проверку знаний, умений или навыков, а также оценку способностей обучаемого и его психологических параметров. Однако весьма часто тестирование рассматривается в более узком значении. В этом случае тестом называют такую

форму проверки знаний, при которой студенту предлагается не только набор вопросов, но и несколько вариантов ответа на каждый из них, среди которых он должен выбрать один или несколько правильных. Основным преимуществом такого тестирования является относительная быстрота его проведения, а также большие возможности автоматизации этой процедуры, как в плане выбора вопросов, так и в ходе оценки результатов тестирования [1]. Тесты наибольшую популярность приобрели в настоящее время в связи с широким распространением компактных и мощных персональных компьютеров в учреждениях, связанных либо с обучением, либо с контролем знаний. Таким образом, при рассмотрении проблем тестирования чаще всего подразумеваются вопросы создания и применения электронных тестов. Несмотря на свою привлекательность и широкое распространение, тесты вообще и электронные тесты в частности по-прежнему вызывают ряд дискуссионных вопросов и проблем методического, психологического и технического характера. Проведенный анализ литературы и готовых тестовых материалов позволил сделать вывод о том, что степень проявления всех названных проблем существенным образом зависит от параметров теста. Электронные тесты можно классифицировать по нескольким параметрам. В частности, с точки зрения назначения можно выделить следующие тесты: контролирующие тесты, в которых выбранные студентом ответы не комментируются, а по завершении теста выводится итоговая оценка; тесты с объяснением сделанных ошибок, в которых после каждого ответа выводится соответствующее сообщение, в случае ошибки дополненное правильным ответом; обучающие тесты, в которых помимо тестирующей части присутствует теоретический материал, содержащий в неявном виде ответы на все вопросы теста. Все перечисленные виды электронных тестов могут иметь функцию регистрации и хранения результатов, например, для последующей оценки динамики изменения уровня знаний. В другой классификации выделяют следующие типы тестов: бинарный тест, в котором для ответа на каждый из вопросов выдается всего лишь два варианта, один из которых является правильным; тест «один из множества», в котором нужно выбрать один правильный ответ из нескольких вариантов; тест «множество из множества», в котором требуется выделить несколько правильных ответов из нескольких представленных (в том числе возможна ситуация, когда в одном из вопросов все представленные ответы правильные); тест на соответствие, в котором все представленные ответы правильные, но испытуемому требуется расставить их в определенном порядке [2]. Главный методический вопрос применения тестового контроля: насколько результаты тестирования адекватны реальному уровню знаний контролируемого субъекта, то есть насколько можно доверять результатам теста? Дело в том, что в любом тесте есть вероятность «слепого угадывания» студентом правильного ответа. Кроме того, есть опасность, что выдаваемые ошибочные варианты ответа он может запомнить, как верные, а это равносильно дезинформации. Причем, если вероятность «слепого угадывания» при увеличении количества предлагаемых вариантов ответа снижается, то вероятность запоминания неверного ответа,

напротив, возрастает. В некоторых случаях электронные тесты предусматривают возможность ввода студентом собственного варианта ответа на вопрос. Это позволяет преодолеть сразу обе представленные выше трудности. Но разработка таких тестов требует не только высокой квалификации составителя теста, но и значительных трудозатрат, поскольку возникает необходимость предусмотреть все варианты формулировок правильного ответа. Проблемы технического характера, возникающие при внедрении в учебный процесс электронных тестов, связаны с процессами создания тестовых материалов в электронной форме и их применением. Основными техническими параметрами электронных тестов можно назвать их универсальность, формальную простоту создания и использования, а также защиту от «взлома» в процессе тестирования. Под универсальностью в данном случае понимается возможность запуска теста на любом ПК. Простота создания и использования подразумевает, что создание теста и его применение не потребуют от преподавателя и студента знаний программирования. Защита от «взлома» означает невозможность пройти тест «обходным путем», т.е. подсмотреть правильные ответы. Вместе с тем применение электронных тестов ограничивает творчество преподавателей. Кроме того, большинство специализированных программ не обеспечивают универсальности, поскольку файлы тестов сохраняются в собственном формате. Таким образом, возникает необходимость установки соответствующих программ на все ПК, используемые для проведения тестирования. Для тестирования в условиях аудитории это означает дополнительные затраты, а тестирование студентов в ходе самоподготовки становится в ряде случаев невозможным. Возможность создания абсолютно универсальных тестов, по-видимому, маловероятна. Оптимальным решением была бы разработка такой программы, которая, обладая простым интерфейсом и не требуя от авторов навыков программиста, создавала бы файлы тестов исполняемого типа «exe» с возможностью их обратного декодирования с целью внесения корректив. Использование такой программы позволило бы также решить проблему защиты от «взлома». Создание и применение электронных тестов является одним из перспективных направлений совершенствования сферы высшего образования. Решение возникающих при этом проблем возможно лишь при совместном участии преподавателей, психологов, дизайнеров и программистов.

### **Литература**

1. Чернуха О.О. Некоторые аспекты использования технических средств обучения в учебном процессе подготовки различных специалистов. – Херсон: Олді-плюс, 2007. – 150 с.
2. Луков В.А. Информационное проектирование учебного процесса. Учебное пособие. - М.: Флинта, 2009. - 240 с.

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF ELECTRONIC TEST  
Dankyna I.A., Dzhelomanova S.A., Galaly S.I., Dankyna V.V., Chistyakov A.A.  
M. Gorky Donetsk national medical university  
Department of obstetrics and gynecology

**Summary.** This article discusses the advantages and disadvantages of the creation and use of electronic tests for various forms of testing students. Noteworthy is the fact that this type of testing the knowledge of the students is one of the promising areas of improvement of education in higher education institutions.

**Keywords:** electronic tests, verification of knowledge.

УДК: 616 - 089.849.843:316.77+32.019.5

## РОЛЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОЛИТИКИ В ФОРМИРОВАНИИ ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ О ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ

Денисов В.К., Захаров В.В., Комисаренко Э.Э.

Трансплантационный центр Донецкого клинического территориального  
медицинского объединения

**Резюме.** Отсутствие положительного общественного мнения о трансплантологии является одним из основных препятствий для ее развития. Для решения проблемы необходимо на постоянной основе в рамках современных возможностей пиара рассматривать вопросы трансплантологии, которые волнуют общество. Наиболее существенную поддержку в этом может оказать государство в рамках финансируемой программы «Развития трансплантологии».

**Ключевые слова:** трансплантология, общественное мнение, информационная политика.

**Введение.** В связи с интенсивным развитием клинической трансплантации органов в последние десятилетия появилась возможность не только спасать жизни больных, ранее считавшихся безнадежными, но и добиваться высокого уровня их медицинской и социальной реабилитации. Успех работы в трансплантологии во многом зависит от сложившихся взглядов и отношения общества к этому разделу медицины [2,4,5].

**Цель** - анализ общественного мнения о трансплантологии и поиск путей преодоления барьеров препятствующих ее развитию.

**Материалы и методы.** Исследование основано на анализе данных средств массовой информации (СМИ), изучении религиозных воззрений на развитие трансплантологии, оценке моделей формирования положительного общественного мнения о трансплантологии в разных странах на государственном уровне и с участием различных общественных организаций.

**Результаты и их обсуждение.** Первые успешные трансплантации органов в 50-х – 60-х годах прошлого века были встречены обществом с энтузиазмом. По мере развития трансплантационных технологий в СМИ начали появляться материалы по дискуссионным вопросам – критериям смерти и надежности их удостоверения при решении вопросов посмертного органного донорства, торговле органами, трансплантационном туризме. Сенсационные материалы о различных правонарушениях, как правило не имевшие подтверждения, все же привели к появлению неоднозначного отношения к этому разделу, особенно среди малообразованных и малоинформированных слоев. Показательными в отношении общества к трансплантации органов являются результаты опроса, проведенного Украинским институтом социальных исследований [1]. Его участники были информированы о том, что в



последние 30 лет во всем мире, благодаря трансплантации органов, спасены жизни более 1 миллиона пациентов. Несмотря на это, 42% опрошенных не видят необходимости в развитии этого раздела в связи с угрозой правонарушений и большими материальными затратами. То есть спасение жизни, в связи с определенной затратностью процесса, перестает быть приоритетом современного общества. Существующее мировоззрение и сложившийся порядок общественных взаимоотношений не оставляет места «доверию» как основополагающей категории в решении, в том числе проблем трансплантационного донорства. При анализе материалов масс-медиа очевидны опасения общества в том, что при необходимости оказания медицинской помощи «Нас не спасут» в связи с необходимостью пересадки наших органов нуждающимся в этом пациентам, что «Нашими останками будут торговать», что «Очередь за органами будут обходить так же, как очередь на квартиру». При анализе причин появления таких суждений нами установлено следующее.

Одним из механизмов формирования негативного общественного мнения о трансплантации органов является незавершенность законодательной базы, поскольку законодательно декларируемые принципы не сопровождаются механизмами их реализации. Например, общество не готово к восприятию смерти мозга при сохранном кровотоке как к критерию смерти человека и в этой связи на государственном уровне не проведено ни одной информационной кампании. В данном вопросе не ориентированы даже врачи, средний и младший медицинский персонал, поскольку трансплантология до последнего времени не преподавалась в медицинских ВУЗах и медицинских училищах. Отсутствует системный государственный подход, при котором в обязательном порядке было бы изучено и зафиксировано волеизъявление каждого совершеннолетнего гражданина в отношении его согласия (или несогласия) на посмертное донорство. Отсутствует также норма, касающаяся прижизненного оформления согласия на посмертное донорство в случае индивидуального волеизъявления – куда необходимо обращаться, какие документы оформлять, где хранить данную информацию.

Отдельную строку в формировании дефицита посмертных донорских органов в значительном количестве случаев занимает система табу на донорство – при производственных травмах, убийствах и других резонансных происшествиях, а также вследствие административных распоряжений.

В отношении живого донорства законодательством определено, что оно возможно только от близких родственников - отца, матери, сына, дочери, брата, сестры, дедушки, бабушки, внука, внучки, дяди, тети, племянника, племянницы, мужа, жены. Но некоторые граждане обращаются с пожеланием стать органным донором на коммерческой основе, дают объявления о продаже органов в интернете. Несмотря на отказы и пояснения они не верят в незаконность своих действий, не понимая, почему можно продать кровь и нельзя продать, например, почку. В этом плане вопрос «Кому принадлежит наше тело» в обществе до конца не решен. Между тем, даже родственник донор, ставший таковым на законных основаниях, несет материальные потери,

обусловленные необходимостью пройти обследование, временной нетрудоспособностью, связанной с оперативным вмешательством. Донор испытывает страх и боль, которые также могли бы найти конкретное материальное выражение в оценках экономистов. Указанные затраты необходимо компенсировать, но порядок таких компенсаций законодательно не определен. Не решен вопрос о возможности «эмоционального» донорства, когда донор и реципиент являются близкими людьми (друзьями), но не родственниками. В бюджет практически не заложено финансирование донорства. Связь, транспорт, обследование и кондиционирование донора, консервация органов требуют значительных капиталовложений, что в конечном итоге рождает слухи о высокой стоимости органов, которые на самом деле не имеют цены. Таким образом, дефицит органов приводит пациентов, нуждающихся в трансплантации, к попыткам решения «донорского вопроса» всеми доступными для них методами. Спрос на донорские органы рождает предложения, в том числе незаконные, и фантазии на темы «Черной трансплантологии». Неудовлетворенный спрос рождает «Шокирующие истории из жизни пациентов ожидавших трансплантацию органов». Громкие заявления, категоричные суждения о трансплантации органов, позволяют журналистам увеличить тираж издания, привлечь к себе таким образом внимание, удовлетворить личные интересы. Этому отчасти способствовал сдержанный в течение многих лет подход трансплантологов к освещению своей профессиональной деятельности, относивших данную информацию к категории служебного пользования.

В целом, вал негатива в отношении трансплантологии является симбиозом невежества, некомпетентности, зависти и привычки общества к тому, что его все равно обманут.

Заведующие и врачи отделений интенсивной терапии являющихся базами забора органов в ряде случаев прямо говорят о том, что цели работы у них и у трансплантологов разные. Главными врачами этих больниц поощряется бездеятельность баз забора органов и, таким образом блокируется работа по обеспечению органного донорства, хотя ежегодно в лечебных учреждениях погибает такое количество больных с доминирующими поражениями головного мозга вследствие травм или заболеваний, которого при адекватном подходе с запасом хватило бы для решения проблемы дефицита донорских органов.

Одним из кажущихся противоречий во взаимодействии реаниматолога и трансплантолога является использование реаниматологом всех возможностей по спасению пострадавшего, в то время как трансплантологу необходимо реализовать донорскую программу. Но это противоречие является кажущимся, потому, что мероприятия по кондиционированию донора предусматривают реанимацию самого высокого класса. Практикуемое реаниматологами сдержанное отношение и неприятие посмертного донорства препятствует его развитию, а это в свою очередь также можно квалифицировать как неоказание помощи, имея в виду пациентов ожидающих трансплантацию. Хорошо понимают происходящее и активно поддерживают современные медицинские

технологии пациенты, нуждающиеся в трансплантации, их близкие и просто образованные, логически мыслящие члены общества. И это еще более усиливает драматизм ситуации, поскольку уровень трансплантационной активности у нас в 10-40 раз ниже, чем в других странах [3,6].

Для того, чтобы изменить ситуацию необходимо менять информационную политику в сфере трансплантации органов. Необходимо изучать опыт стран, которые добились успехов в органном донорстве. Одним из направлений формирования положительного общественного мнения о трансплантации органов является работа с известными людьми. Важно отношение к трансплантологии церкви, которая занимается накоплением и осмыслением материалов, отражающих ее отношение к трансплантологии как науке. Главный смысл практически всех религиозных воззрений на трансплантацию органов состоит в моральном оправдании всего процесса лечения. Это очень важно, поскольку отношение церкви оказывает большое влияние на общественные процессы, являясь для многих абсолютным путеводителем по жизни. К формированию общественного мнения в отношении трансплантологии с привлечением всех возрастных и социальных групп необходимо возвращаться снова и снова и только тогда можно рассчитывать на прогресс в этом разделе. Особенно актуальным является введение преподавания клинической трансплантологии в объемах соответствующих преподаванию других клинических дисциплин

Для эффективной работы по обеспечению органного донорства необходимо искать компромиссы. Но в еще большей степени важна открытость. Мы имеем дело с новым обществом, новой реальностью и должны с этим считаться. Доверие в современном обществе может быть только продуктом целенаправленной деятельности. Нужна помощь социологов, психологов, которые работали бы в рамках современных возможностей пиара. Ресурсы для этого при наличии доброй воли государства можно найти. Необходимо избегать подмены понятий – когда высокая себестоимость отождествляется с высокой стоимостью органов и самой операции. Необходимо поощрять, поднимая в общественном мнении статус родственного донора. Практика показывает, что родственники ставшие донорами не высказывают в последствии сожаления о сделанном ими выборе и подчеркивают, что повторили бы при необходимости этот шаг снова. Родственное донорство, несмотря на определенный риск, связанный с операцией, не приводит к инвалидизации. Родственные доноры, несомненно, очень мужественные люди и их благородные поступки должны быть замечены и поддержаны обществом с привлечением масс-медиа.

Наиболее существенную моральную и финансовую поддержку в части формирования положительного общественного мнения о трансплантологии может и должно оказать государство. Для этого необходимо создавать соответствующую финансируемую программу, в рамках которой государство, считающее заботу о здоровье своих граждан приоритетом, будет вести целенаправленную информационную политику.

## Литература

1. Балакірева О.М., Ганюков О.А., Яремченко О.О., Бондар Т.М. Громадська думка населення України про проблемі трансплантації. Аналітична записка за результатами соціологічного опитування населення України. – Київ, Український інститут соціальних досліджень. – 2001. – 36 с.
2. Денисов В.К. Пути повышения эффективности междисциплинарного взаимодействия в трансплантологии // Медицина сегодня и завтра. – 2011. – №1-2. – с.62-66.
3. Денисов В.К. Трансплантология в XXI веке. Итоги первого десятилетия // Медицина сегодня и завтра. – 2011. – №1-2. – с.66-70.
4. Розенталь Р.Л. Получение органов, тканей и клеток для трансплантации // Рига. – Nacionalais Apgads. – 2005. – 240 с.
5. Carbonell E., Torras V., Sandiumenge A. et al. Attitudes, perceptions and knowledge of Spanish medical students on organ donation and transplantation. – Materials of the XVII Congress of the European Society for Organ Transplantation (Brussels, Belgium, 13-17.09.2015). – P.742.
6. Wynn J.J., Alexander C.E. Increasing organ donation and transplantation: the U.S. experience over the past decade // Transplant International. – 2010. - №4. – p. 324 - 332.

### THE ROLE OF INFORMATION POLICY IN CREATION OF PUBLIC OPINION ABOUT TRANSPLANTOLOGY

Denisov V.K., Zakharov V.V., Komisarenko E.E.

Transplant Centre oh Donetsk Clinical Territorial Medical Association

**Summary.** Absence of the positive public opinion concerning transplantology is one of the main obstacles for its development. To solve this problem it is necessary to survey urgent questions on continuing basis in the context of modern PR possibilities. The most important support can be given by the state in the context of the financing program “Development of transplantology”.

**Keywords:** transplantology, public opinion, information policy.

УДК 378.147:011.1

### МЕЖПРЕДМЕТНЫЕ СВЯЗИ КАК ПРИНЦИП ИНТЕГРАЦИИ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ В ВЫСШЕЙ ШКОЛЕ

Джеломанова С.А., Чурилов А.В., Лыков А.А., Данькина И.А., Клецова М.И.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** Интеграция является выражением единства целей, принципов и содержания организации процесса обучения и воспитания, результат функционирования которых – формирование у обучаемых качественно новой целостной системы знаний и умений.

**Ключевые слова:** интеграция, межпредметные связи, студенты.

Современный этап подготовки специалиста характеризуется не только стремительным расширением объема содержания, но и качественными изменениями в его структуре: своеобразным переворотом в методологии. При этом на первый план выходит вопрос о взаимосвязи и взаимодействии наук, что должно находить отражение в организационных формах и методах обучения.

Одной из важнейших задач высшей школы на современном этапе является воспитание компетентных, активных, инициативных выпускников, обладающих фундаментальной профессиональной подготовкой, умеющих

самостоятельно осваивать новые знания и овладевать новыми технологиями. Выпускники должны уметь анализировать явления, возникающие в процессе профессиональной деятельности, ставить диагноз, проводить дифференциальную диагностику, определять тактику ведения и принципы лечения. Специальные знания, полученные при изучении дисциплин, относящихся к профессиональному модулю, обеспечивают только часть специфической деятельности. Работая в медицине, врач вынужден реагировать на изменения, которые в ней непрерывно происходят, применяя весь запас теоретических знаний. Основу теоретической базы составляют фундаментальные знания, получаемые при изучении естественных, гуманитарных и социальных наук. Но, к сожалению, выпускники не умеют переносить знания, полученные при изучении дисциплин общепрофессионального и общекультурного модуля для объяснения и понимания процессов, происходящих в профессиональной деятельности. Это обусловлено тем, что формирование знаний в высшей школе в недостаточной степени ориентировано на их дальнейшее применение в ней[3]. В связи с этим процесс образования необходимо организовать таким образом, чтобы студенты знали, например, что химия является той дисциплиной, которая будет им нужна на протяжении всей последующей учебы и работы.

Одним из наиболее значимых средств повышения эффективности процесса обучения в высшей школе является реализация принципа межпредметных связей. Особое значение при этом уделяется связи фундаментальных дисциплин с профилирующими специальными дисциплинами. Требования, в основу которых положены наиболее важные закономерности, возводятся в роли принципов обучения. Закономерности обучения органически связаны с принципами обучения, которые реализуются как в учебном процессе в целом, так и в отдельных его компонентах.

Специфическим принципом для высшей школы является принцип профессиональной направленности обучения, так как высшая школа всегда была и будет профессиональной по своей сути и назначению.

Под профессиональной направленностью учебного процесса понимается такая его организация, которая способствует формированию профессионально-значимой мотивационной сферы будущего врача. Принцип профессиональной направленности предполагает интеграцию общенаучных и специальных дисциплин в вузе; общенаучных знаний со специальными знаниями и умениями, а также формирование значимых качеств будущего специалиста [3]. Принцип профессиональной направленности разрешает противоречие между требованиями общества по формированию всесторонне развитой целостной личности и необходимостью ее подготовки к активному участию в определенной области профессиональной деятельности. Такой подход к обучению способствует формированию и развитию умения у студента абстрактно мыслить, свободно ориентироваться в различных подходах к изучению материала[3]. При изучении акушерства и гинекологии применять алгоритмы для решения стандартных задач, а также формировать навыки

самостоятельного составления диагностических схем обследования, лечения. Задача преподавателя заключается в том, чтобы вызвать интерес у студентов к предмету, к аналитической деятельности на занятиях, знакомить их с условиями и требованиями к проведению работы, предлагая различные методы анализа, их сущность и различия. Студенты, пользуясь уже имеющимися у них знаниями других предметов, применяют их при решении ситуационных задач.

Осуществление межпредметной интеграции должно идти в следующих направлениях: изучение нового материала с учетом содержания смежных предметов, логико-смысловой концепции различных областей научного знания, содержания учебной программы; комплексно-логическая соотнесенность видов и форм учебной, диагностической и коррекционно-оценочной деятельности[2].

Подводя итог вышеизложенному, можно сказать, что всестороннее изучение проблемы интеграции в образовании подтвердило ее значимость и положительное влияние на педагогический процесс, выразившиеся в стремлении развития современной личности, обладающей системным мышлением, способностью к осознанному анализу своей деятельности.

### **Литература**

1. Куимова Е.И., Куимова К.А., Ячинова С.Н. Межпредметные связи как средство повышения качества обучения в высшей школе // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-1.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=19151> (дата обращения: 23.03.2016).

2. Омельченко С. В. Понятие интеграции в педагогическом процессе // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов – 2007. – № 8.; URL: <http://jurnal.org/articles/2007/ped1.html>

3. Самсонова С.А. Взаимосвязь принципов фундаментальности и профессиональной направленности обучения теории вероятностей и математической статистике будущих специалистов // Современные наукоемкие технологии. – 2010. – № 8. – С. 146-149; URL: <http://top-technologies.ru/ru/article/viewid=25324> (дата обращения: 23.03.2016).

#### INTERDISCIPLINARY COMMUNICATION AS A PRINCIPLE INTEGRATION PROCESS LEARNING IN HIGHER EDUCATION

Dzhelomanova S.A., Churilov A.V., Lykov A.A., Dankina I.A., Kletsova M.I.  
M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** Integration is an expression of unity of purpose, principles and content of the organization of process of training and education, which are the result of the operation - the formation of a qualitatively new trainees an integrated system of knowledge and skills.

**Keywords:** integration, interdisciplinary communication, students.

УДК 378.146+004.9

#### СОВРЕМЕННЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОНТЕКСТЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Басий Р.В., Довгялло Ю.В., Костин Р.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Анатомия человека базовая дисциплина в медицинском вузе и поэтому

требует постоянного совершенства педпроцесса для усиления запоминаемости материала. Одним из инновационных методов, позволившим решать эти задачи, является «Информационно-образовательная среда», который нашел свое применение на нашей кафедре.

**Ключевые слова:** анатомия человека, педагогика, информационные технологии.

Интенсивное развитие новых информационных технологий и их внедрение наложили определенный отпечаток на развитие личности современного студента. Важное значение имеет организация процесса обучения таким образом, чтобы студенты активно, с интересом и увлечением работали на занятии, видели плоды своего труда и могли их оценить. Помочь преподавателю в решении этой непростой задачи может сочетание традиционных методов обучения и современных информационных технологий.

Анатомия человека - одна из базовых и наиболее трудных дисциплин в медицинском вузе для освоения в структуре получения медицинских знаний. Трудность этой дисциплины заключается: в необходимости изучения и запоминания огромного количества специальных терминов на русском и латинском языках; в необходимости четкой визуализации изучаемых объектов и в умении устанавливать логическую связь между анатомическими объектами и их функциональными процессами. Для этого необходимо использовать анатомический материал, изучать дисциплину преимущественно в учебных классах, секционных залах, музее кафедры, используя натуральные препараты, осуществлять препарирование анатомических объектов. Ограниченность возможностей непосредственного практического применения полученных знаний затрудняет усвоение и закрепление полученных навыков и умений. Современные учебники, классические анатомические атласы также не могут представить все возможные изображения анатомических структур и их подробное описание, требуемое в современных диагностических и хирургических методах. Создание, распространение и развитие различного медицинского научного и обучающего программного обеспечения предоставляет дополнительные возможности для создания методических систем обучения, ориентированных на формирование умений самостоятельно приобретать знания, умения осуществлять аналитическую деятельность, сбор, обработку, передачу и хранение информации.

Визуализация – это основа успешного запоминания и возможность получить не только плоскостное, но и пространственное представление о строении тела человека, взаиморасположении органов, ходе сосудистых и нервных стволов. Применяемые на кафедре анатомии человека и латинского языка Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького технологии призваны облегчить процесс изучения дисциплины, путем визуализации основных анатомических структур на экране компьютера или другого электронного гаджета, имеющегося в распоряжении студента. Особого внимания в этом плане заслуживает организация самостоятельной работы в очно-дистанционной форме на сайте «Информационно-образовательная среда». На данном ресурсе студент имеет возможность в онлайн режиме ознакомиться

не только с методическими указаниями к практическому занятию, пройти пробное тестирование по материалу изучаемой темы, проработать интерактивный информационный блок, решить практическую задачу, связанную с правильным обозначением анатомических структур на представленной иллюстрации, но и просмотреть представленные видеоролики. Для каждой темы на электронном ресурсе размещен блок с видео роликами, демонстрирующими на реальных препаратах расположение основных анатомических образований: нервных и сосудистых стволов, органов и их частей, полостей тела и их содержимого. Кроме того, студент получает представление не только о строении какой-то определенной анатомической структуры, но и о пространственном взаиморасположении органов в той или иной области тела человека. Это имеет крайне важное значение, поскольку, создает целостное представление об анатомии данной конкретной области, а не только о строении изучаемого объекта. Кроме того, на кафедре установлены мониторы, на которых в непрерывном режиме демонстрируются влажные анатомические препараты с обозначением основных структур по разделу, изучаемому студентами в данный момент. Такие мониторы находятся рядом с учебными комнатами, а, также, в музее кафедры, где студенты имеют возможность самостоятельно подготовиться к занятию.

Эффективность такого вида самостоятельной работы студентов подтверждается результатам проведенного сравнительного анализа результатов успеваемости. Так, средний балл успеваемости студентов до внедрения такой формы самостоятельной работы был  $3,68 \pm 0,09$  (первый учебный семестр), в то время, как за четвертый учебный семестр, когда студенты этой же экспериментальной группы имели возможность просматривать видео ролики и учебные видео фильмы, его величина составила уже  $3,89 \pm 0,07$ .

**Выводы.** Таким образом, внедрение инновационных технологий в образовательный процесс ведет к повышению эффективности обучения, ускорению процессов запоминания и адаптации студентов к усвоению большого количества новой информации. Не последнюю роль в этом играет и визуализация изучаемого объекта, что позволяет формировать целостное представление об изучаемом органе. Все вышесказанное особенно актуально для студентов начальных курсов, поскольку именно на начальных курсах проходит процесс адаптации студента к новой обстановке, методам обучения, усвоению большого количества той или иной информации.

### **Литература**

1. Алексеев Н.Т., Сереженко Н.П., Глухов А.А. Информационные технологии в процессе обучения студентов на кафедре анатомии человека // *Фундаментальные исследования*. 2014. №4. С.13-16
2. Ермаченко Л. И., Литвинова В. В. Опыт применения современных технологий в изучении проблемных тем в анатомии человека // *ТМеждународный журнал экспериментального образования*. 2014, №10. С. 131-132
3. Калинин Р.Г., Мартынова Н.А. Применение инновационных



технологий в повышении эффективности обучения студентов в медицинском ВУЗе // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2014, Т.16, №5(4). С.1500-1502.

4. Никонорова М.Л. Компьютерные модели визуализации медицинской информации в практике изучения дисциплины «Анатомия человека» // Научно-технические ведомости СПбГПУ. Гуманитарные и общественные науки. – СПб. 2013. №2. С. 121-123.

#### MODERN INFORMATION TECHNOLOGY IN THE CONTEXT OF THE EDUCATIONAL PROCESS

Basiy R.V., Dovgyallo Yu.V., Kostin R.A.  
M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** Human anatomy is the basic discipline at the medical institution and therefore requires constant perfection pedprotsessa to enhance memorability material. One of the innovative techniques that allowed to solve these problems is the "educational environment", which found its application in our department.

**Keywords:** human anatomy, Pedagogy, Information Technologies.

УДК 378.147.88:614.23/.25-057.88

#### К ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ ТЕРАПЕВТОВ

Дядык А.И., Багрий А.Э., Гнилицкая В.Б., Христуленко А.Л.,  
Зборовский С.Р., Маловичко И.С., Приколота О.А.,  
Сулиман Ю.В., Суровцева Н.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В статье дана характеристика организации самостоятельной внеаудиторной работы, как неотъемлемой части непрерывного процесса обучения.

**Ключевые слова:** интернатура, самостоятельная работа.

Целью интернатуры является качественная теоретическая и практическая подготовка врачей-интернов к работе в практическом здравоохранении. Поэтому, исходя из потребностей практического здравоохранения в высококвалифицированных кадрах, самостоятельное внеаудиторное обучение врачей-интернов по специальности «Терапия» имеет очень важное значение и должно начинаться на этапе интернатуры и продолжаться всю жизнь.

На этапе подготовки в очной интернатуре на кафедре используются различные формы обучения: лекции, семинары, практические занятия, участие в клинических и клинико-анатомических конференциях, обходах профессоров, самостоятельная работа над монографической и периодической литературой по терапии и смежным дисциплинам, подготовка и выступления с информацией о лекарственных препаратах или о новых достижениях в медицине, новых возможностях лабораторной диагностики, инструментальных и функциональных методах обследования и др.

Основной целью самостоятельной работы врачей-интернов является закрепление, систематизация и активизация знаний, полученных ими на лекциях, семинарах, практических занятиях, в процессе подготовки к ним.

При выполнении плана самостоятельной работы врачу-интерну необходимо прочитать лекцию по теме, материалы, содержащиеся в учебниках и учебных пособиях, указанных в списке рекомендованной литературы к теме, ознакомиться с публикациями в периодических изданиях.

Для закрепления материала лекций достаточно, перечитывая конспект, мысленно восстановить прослушанный материал. В случае пропуска лекций и практических занятий врачу-интерну потребуется дополнительное время на освоение пропущенного материала и для облегчения этого процесса созданы и представлены на сайте вуза материалы для дистанционного обучения, в том числе лекционные.

После изучения теоретического блока по каждой теме, врачу-интерну предлагается самостоятельно найти ответы на вопросы для самопроверки, которые изложены к каждой теме.

Для подготовки к семинарским занятиям нужно рассмотреть контрольные вопросы, при необходимости обратиться к рекомендуемой учебной литературе, записать непонятные моменты и вопросы для уяснения их на предстоящем занятии.

Контроль выполнения самостоятельной работы может осуществляться путем проверки правильности решения клинических задач, а также в форме обсуждения докладов (рефератов) и в процессе проведения клинических разборов тематических больных на практическом занятии.

Сотрудниками кафедры были созданы методические рекомендации к практическим занятиям, ориентированные на алгоритмизацию и стандартизацию действий врача и, что особенно важно, разработаны методические и обучающие материалы к новому способу обучения врачей-интернов – дистанционному.

Самостоятельная работа врачей-интернов с литературой не отделена от лекций и семинаров, однако вдумчивое чтение дополнительных источников информации, составление тезисов, подготовка сообщений на базе прочитанных материалов способствует гораздо более глубокому пониманию изучаемой проблемы. Данная работа также предполагает обращение врачей-интернов к справочной литературе для уяснения конкретных терминов и понятий, введенных в курс, что способствует пониманию и закреплению пройденного лекционного материала и подготовке к семинарским занятиям.

Итогом самостоятельной работы врача-интерна при подготовке к семинару может быть выступление с докладом, выполненным в форме реферата, на семинаре. До написания реферата по выбранной теме необходимо провести поиск и изучение литературы (монографии, научные сборники, учебники, учебные и методические пособия, публикации в периодических изданиях, энциклопедии). Литература должна быть разнообразной и включать не менее 5 источников информации. После изучения литературы врач-интерн приступает к написанию работы. В ней требуется всесторонне раскрыть основные вопросы темы, показать их глубокое знание и понимание, проанализировать различные концепции и точки зрения, базирующиеся на

принципах доказательной медицины.

Подготовка к зачетам по различным разделам внутренних болезней должна осуществляться на основе лекционного материала, рефератов, подготовленных к семинарам, конспектов к практическим занятиям, и на основе обязательного обращения к основным литературным источникам по соответствующей дисциплине.

Во время прохождения очной части интернатуры обучаемые обеспечиваются учебной литературой по специальности, включающие информационные материалы в виде 40 статей-семинаров, опубликованных в периодическом издании «Новости медицины и фармации», помещенных на сайте кафедры и имеющиеся для изучения в компьютерном классе кафедры. Также созданы материалы по вопросам диагностики и интенсивной терапии неотложных состояний в терапевтической и кардиологической клинике.

Работа врачей интернов во внеучебное время в компьютерном классе кафедры, оснащенном 6 компьютерами, существенно повышает качество подготовки специалистов за счет самостоятельного использования учебных и контролирующих программ.

Сегодня высокопрофессиональный специалист должен обладать не только глубокой теоретической базой, но и прекрасно владеть необходимыми практическими навыками. Ежедневная курация больных в различных отделениях клиники является наилучшим способом освоения соответствующих практических навыков и материалов.

В случае, когда на клинической базе нет достаточного количества больных по заданной теме, занятия проводят с применением ситуационных задач или использованием деловых игр, сценарий которых разрабатывается заранее. Моделирование клинических ситуаций особенно важно и полезно в формировании навыков оказания неотложной помощи при критических состояниях. Важна преемственность между обучением врачей-интернов на очных и заочных циклах интернатуры – она достигается в процессе контакта с руководителями интернов на заочных базах, путем посещения заочных баз интернатуры, помощи руководителям в составлении методических разработок и рекомендаций, включающей основные требования и определяющей главные направления обучения специалистов.

Усиление взаимодействия преподавателей очной базы с руководителями заочной – залог качественной подготовки специалистов.

Интернатура – первый уровень повышения практической подготовки специалистов, их способности к самостоятельной врачебной деятельности. Самостоятельная работа врачей-интернов по дисциплине призвана не только закреплять и углублять знания, полученные на аудиторных занятиях, но и способствовать развитию творческих навыков, инициативы, умению организовать свое время.

#### QUESTION OF THE SELF-STUDY EDUCATION OF THE INTERNIST THERAPIST

Dyadyk A.I., Bagriy A.E., Gnilitskaya V.B., Hristulenko A.L.,  
Zborovskyy S.R., Malovichko I.S., Prikolota O.A.,

Suliman Y.V., Surovtseva N.L.  
M. Gorky Donetsk National medical university  
Department of therapy of IPEF  
Central city clinical hospital №1, Donetsk

**Summary.** The article represents the characteristics of the organization of training of doctors interns therapists. Special attention is paid to self-study work as an integral part of the continuous discipline learning.

**Key words:** internship, self-study.

УДК: 616.1./4:378.147

## СОЗДАНИЕ АЛГОРИТМОВ НА ОСНОВЕ ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ

Дядык А.И., Христуленко А.Л., Здоховская И.И.,

Гнилицкая В.Б., Стуликова Е.Л., Мальцева Н.В., Христуленко А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В работе представлено обобщение опыта использования алгоритмов на практических занятиях с врачами-интернами терапевтами, проходящими обучение на кафедре терапии факультета интернатуры и последипломного образования Донецкого национального медицинского университета, где наряду с традиционными методами (работа с методическими рекомендациями, литературой, курация больных, решение ситуационных задач, которые моделируют работу с больными) используются также диагностические и тактические алгоритмы. Алгоритмы подготовлены в соответствии с последними достижениями доказательной медицины. Использование алгоритмов стимулирует развитие клинического мышления у обучающихся.

**Ключевые слова:** алгоритмы, доказательная медицина, клиническое мышление у обучающихся.

Подход к медицинской практике, при котором решения о применении профилактических, диагностических и лечебных мероприятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности, а такие доказательства подвергаются поиску, сравнению, обобщению и широкому распространению для использования в интересах больных носит название доказательной медицины.

Доказательная медицина – это использование результатов лучших клинических исследований для выбора лечения конкретного пациента, это интеграция научных доказательств с клиническим опытом и ожиданиями пациентов. Принципы доказательной медицины используются, прежде всего, в клинической практике, однако они применимы к любой области медицинской науки, включая профилактическую медицину, общественное здоровье, организацию здравоохранения, обучение студентов в высших учебных заведениях.

Крайне важным вопросом педагогики для студентов старших курсов, интернов и врачей-курсантов медицинских ВУЗов является освещение преподаваемых дисциплин с позиций доказательной медицины (знакомство с результатами рандомизированных исследований, результатами мета-анализов, международными клиническими рекомендациями и т. д.). Врач в своей повседневной работе должен опираться на протоколы, стандарты ведения пациентов, созданные на основе результатов рандомизированных исследований,

результатов мета-анализов, международных клиническими рекомендациями и утвержденными организаторами здравоохранения. Знакомство с этими документами является одной из основных задач факультетов последипломного обучения. Однако принимая решение о тактике ведения пациента безусловно нужно учитывать и особенности данного пациента, клинического случая, опыт врача. Формирование клинического мышления является также важным звеном высшего медицинского образования.

Совершенствование клинической медицины, повышение качества диагностики болезней проходит через развитие более сложных и достоверных методов исследования больных. Такой путь многим представляется единственным. На нем сосредоточено все внимание медицинской и медикотехнической мысли. Задача добиться существенного улучшения результатов диагностики посредством оптимизации клинического мышления обычно не рассматривается. Между тем, самый быстрый, простой, обще доступный организационно и экономически выигрышный путь резкого повышения врачебной квалификации лежит не столько через новые методы исследования, сколько через новое рациональное клиническое мышление.

К врачебному диагнозу в настоящее время предъявляется целый ряд требований. Во-первых, он должен быть убедительным и достоверным. Во-вторых, поставлен в предельно короткий срок. Путь распознавания болезней должен быть наиболее экономичным. Принципы диагностического мышления должны быть наиболее универсальными, позволяя по единой методологии диагностировать любую патологию всех органов и систем человека. На пути к диагнозу нужно с исчерпывающей полнотой использовать те методы исследования, которые наиболее доступны врачу и наименее обременительны для больного. Переходить к более сложным методам следует только в тех случаях, когда полученных сведений оказывается недостаточно для установления диагноза.

В реальных условиях диагностическая деятельность врача включает два подвида деятельности. Это сбор информации о больном и постановка диагноза. Как известно, изучение основных клинических дисциплин традиционно складывается из трех этапов обучения: основных признаков болезней, методов исследования и техники их проведения (пропедевтика), собственно заболеваний (факультетский курс) и, наконец, обучение использованию накопленной информации для диагностики и лечения заболеваний (госпитальный курс).

На постдипломном уровне врачи – интерны и курсанты вступают в новую фазу обучения: они накапливают информацию не для демонстрации, а для решения реальных клинических задач, с учетом позиций доказательной медицины. Трудности этой психологической переориентации испытывает почти каждый врач-интерн или молодой врач. Всем известны случаи, когда глубокое и детальное знание предмета у интернов не сочетается с самой элементарной сообразительностью в постановке диагноза и выборе лечения для конкретного реального больного.

Оптимизацию процесса формирования клинического мышления можно

осуществить, по крайней мере, двумя тесно связанными путями: внедрением в учебный процесс клинических ситуационных задач, а также разработкой и обучением врачей – интернов и курсантов алгоритмами диагностического поиска. Сотрудники кафедры терапии ФИПО ДонНМУ им М Горького остановились на втором пути формирования клинического мышления. Для работы на практических занятиях с врачами – интернами на цикле "Кардиология" и курсантами-кардиологами нами разработан ряд диагностических алгоритмов, предназначенных для нахождения диагноза в типичных ситуациях. В основу создания этих алгоритмов был положен синдромный принцип диагностики, предусматривающий распознавание и разграничение сердечно-сосудистых заболеваний путем мыслительных операций только с тем кругом патологических процессов и болезней, которые про являются единым ведущим синдромом, независимо от их принадлежности к разным нозологическим единицам, группировкам болезней. Поскольку основной целью использования диагностических алгоритмов является обучение распознаванию заболеваний и логике диагноза, мы для практического занятия разрабатывали диагностические алгоритмы разветвленного типа. Этот вид представляет собой точное общепонятное предписание о поэтапном выполнении в определенной последовательности элементарных умственных операций и действий для установления диагноза всех заболеваний, проявляющихся данным ведущим синдромом, и графически изображается с помощью блок-схемы.

Практически создание этих алгоритмов начиналось с перечисления всех заболеваний или их обобщенной группы, связанных наличием общего ведущего признака (синдрома). Вслед за этим разрабатывалась система связей диагнозов через диагностические узловые задачи. Так, вокруг симптома "боль за грудиной" были сгруппированы различного генеза заболевания, которые могут внешне проявляться болью за грудиной. Сюда вошли острый коронарный синдром, миокардит, перикардит и др. Для разработки алгоритма поиска диагноза была создана модель абстрактного клинического случая, при котором отчетливо проявляется один избранный симптом при полном отсутствии начальной субъективной и объективной информации. Коллективу врачей было предложено описать ход мыслей и диагностических приемов, оптимальных в данной ситуации, для установления характера заболевания. Таким путем были сформулированы основные узловые задачи и перечислены методы их решения. На каждом этапе алгоритма рассматривается только один симптом и должен быть однозначный ответ — наличие или отсутствие симптома или степень его выраженности. Первым должен быть расположен симптом, который позволяет сразу дифференцировать наиболее крупные категории болезни. Так, при выявлении таких синдромов как "боль" вначале необходимо их локализовать, т.е. выяснить, какие органы или ткани их образовали. В описываемом поиске диагноза при исходных данных "боль в области сердца" первой узловой задачей оказалось установление факта, связана ли боль действительно с кардиальной патологией или же имеется внесердечная патология (остеохондроз, вегето-сосудистая дистония). Решением этой задачи ставятся две новые — в случае положительного или отрицательного ответа. Для каждой из диагностических узловых задач разрабатывался перечень

основных методов и методик, необходимых для однозначного решения. На всех последующих этапах алгоритмического мышления использовались симптомы по степени убывания их значимости с целью все более детальной дифференциальной диагностики на отдельные группы заболеваний и конкретные нозологические единицы. Следует отметить, что алгоритмы соответствуют последовательности мыслительной работы врача — учет и диагностическая оценка обычного общеклинического исследования, специальные и дополнительные исследования. Главная цель алгоритма — достоверный диагноз кратчайшим путем. Поэтому алгоритм содержит минимум решающих симптомов, расположенных в строго определенной последовательности.

Разработанные алгоритмы соответствующие действующим клиническим рекомендациям, стандартам и протоколам ведения кардиологических больных широко используются на практических занятиях. При этом врачи – интерны терапевты имеют возможность видеть и копировать графическое изображение алгоритма и получить подробное разъяснение по поводу тех или иных методов дифференциальной диагностики. Если не все нозологические единицы, включаемые в алгоритм, оказываются к моменту изложения уже изученными, интерны получают их краткую характеристику.

Разработанные указанным выше способом алгоритмы не претендуют на полный охват всех клинических вариантов и атипических случаев, но указывают основные пути логического анализа клинических задач с ограниченной исходной информацией. Эти схемы позволяют видеть и выделять основные логические узловые задачи и понимать их значение в решении всей диагностической проблемы. Они позволяют в сжатой и логичной форме представить материал многих дифференциально-диагностических таблиц. Наконец, рассматриваемые алгоритмы могут служить основой для создания тестов различного формата и разработки компьютерных обучающе-контролирующих программ.

В заключение следует отметить, что от врачей-интернов терапевтов не требуется знания приводимых алгоритмов наизусть. Опрос по ним осуществляется только при работе с больными в клинике или при решении ситуационных задач. Во время практических занятий реальные клинические случаи, по возможности, приближают к алгоритмированным и оценивают умение интерна выделить узловые задачи, необходимые для постановки диагноза, а также знания методов и методик, служащих этим целям. Ценным приемом при проведении практических занятий можно считать предоставление возможности врачам-интернам терапевтам разрабатывать диагностические алгоритмы самостоятельно. Только такой подход стимулирует развитие клинического мышления.

Таким образом, применение алгоритмов, разработанных с учетом позиций доказательной медицины, в деле обучения клиническому мышлению врачей-интернов, совершенствованию клинического мышления у врачей – кардиологов следует считать оправданным и перспективным.

### **Литература**

1. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Первак М.Б. Деятельность Дон ГМУ

им.М.Горького по подготовке к проведению реформ Болонской направленности в отечественной высшей медицинской школе // Досвід та проблеми підготовки медичних кадрів: Зб. наук, праць. - Донецьк, 2005. -С.3-5.

2. Г.А.Атанов. Как учить пользоваться знаниями или введение в практику деятельностного обучения. ДИСО. Донецк-2013. 107 с.

3. Бащинский С.Е. Разработка клинических практических руководств с позиции доказательной медицины. «Медиа Сфера». Москва. 2014. 342с.

4. Пальцев М.А., Перфильева Г.М., Денисов И.Н., Чекнев Б.М. Высшая медицинская школа России и Болонский процесс (доказательная медицина). Выпуск VII. «Русский врач». Москва. 2006., 198с.

5. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи. Методические рекомендации. «Гэотар Медиа». Москва. 2014, 112с.

6. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины: пер. с английского (под редакцией И.Н.Денисова, К.И.Сайткулова). 3-е изд. «Гэотар Медиа». Москва. 2008., 258с.

7. Case S.M., Swanson D.B. Ripkey D.R. Comparison of items in five-option and extended-matching format for assessment of diagnostic skills // Academic Medicine.-2015.-Vol 69.-S1-3

#### CREATING ALGORITHMS BASED ON EVIDENCE-BASED MEDICINE AS A MEANS TO ENHANCE LEARNING

Dyadyk A.I., Khristulenko A.L., Zdihovskaya I.I., Gnilitskaya V.B., Stulikova E.L.  
Malceva N.V., Khristulenko A.A.

M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** It presents a synthesis of the experience of the use of algorithms in practical classes with medical interns physicians undergoing training at the department faculty therapy internship, and post-graduate education at Donetsk National Medical University, where, along with traditional methods (working with methodological recommendations, literature, curation of patients, the decision of situational problems that model work with patients) are also used by diagnostic and tactical algorithms. Algorithms are prepared in accordance with the latest achievements of evidence-based medicine. Using algorithms stimulates the development of clinical thinking in students.

**Keywords:** algorithms, evidence-based medicine, clinical thinking in students.

УДК 378.147.88

#### ОРГАНИЗАЦИЯ И ФОРМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Жадинская Е.И., Жадинский Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Макеевское медицинское училище

**Резюме.** Самостоятельная работа является не просто важной формой образовательного процесса, а должна стать его основой. Это предполагает ориентацию на активные методы овладения знаниями, развитие творческих способностей, переход к индивидуальному обучению с учетом потребностей и возможностей личности.

**Ключевые слова:** образовательный процесс, самостоятельная работа.



В учебных планах по подготовке специалистов среднего звена самостоятельной учебной работе студентов отводится до семидесяти процентов времени. Поэтому самостоятельная работа является одной из важнейших составляющих образовательного процесса. Это вид учебной деятельности, выполняемый учащимся без непосредственного контакта с преподавателем или управляемый преподавателем опосредованно через специальные учебные материалы. Основным принципом организации самостоятельной работы обучающихся является комплексный подход, направленный на формирование навыков репродуктивной и творческой деятельности студента.

Самостоятельная работа студента может осуществляться через: заучивания определенной информации; работу с источниками литературы; подготовку тезисов (для доклада, выступления) по данным источников литературы и других источников информации (постановка опытов, работа с аудиовизуальными средствами и т.п.); исследовательскую, изобретательскую деятельность; наблюдение и анализ определенных процессов, явлений, моделирование их, разработку учебных моделей; участие в играх (учебных, развивающих и др.); решение тестовых заданий, ситуационных задач; решение кроссвордов, составление их; работу с обучающими компьютерными программами; алгоритмирование отдельных процессов и др.

Перечень рекомендуемых методов и приемов самостоятельной учебной деятельности многообразны, кроме того, каждый обучающийся может использовать и свои, индивидуальные. Поэтому самостоятельную учебную деятельность целесообразно рассматривать как личную творческую работу, что должно приносить плоды от определенных умственных и психических действий.

Этот вид учебной деятельности студентов условно можно разделить на три уровня: до аудиторную самостоятельную работу; аудиторную самостоятельную работу; внеаудиторную самостоятельную работу. Границы между этими уровнями достаточно размыты, а сами виды самостоятельной работы пересекаются.

Самостоятельная работа как вид учебной деятельности, будет иметь эффективность, если есть четкая организация со стороны учебного заведения, преподавателя. Такая работа является частью учебно-воспитательного процесса и проводится под постоянным контролем педагога, который должен работать с конкретной личностью, с её сильными и слабыми сторонами, индивидуальными способностями и наклонностями. Набор заданий должен обеспечивать возможность индивидуального выбора и определения объема материала, необходимого для достижения учебной цели. Задания, предназначенные для самостоятельной работы, должны носить активный и творческий характер, стимулировать поиск самостоятельных решений. Успешность самостоятельной работы студентов определяет, прежде всего, уровень подготовленности их к такой учебной деятельности. По своей сути активность студентов проявляется в организации умственного труда, поиске гармонии, стремлении сделать знания убеждениями и т.д.

Несмотря на вариации количественных соотношений, можно считать, что задача преподавания отдельных дисциплин сводится к тому, чтобы на определённом объеме теоретических знаний дать больше возможности самостоятельно работать над усвоением необходимого материала. При этом, чем выше качество (а не количество) самостоятельной работы студента, тем эффективнее усвоение.

В выборе методики организации самостоятельной работы целесообразно обратить внимание на следующие моменты. Самостоятельная работа – это не только выполнение домашнего задания. Это и самостоятельная работа в аудитории под руководством преподавателя и организация самостоятельной учебной деятельности студента внеаудиторно, и при прохождении практики. В процессе совершенствования подготовки специалистов преподавателями учебных заведений формируется широкий спектр профессиональных навыков. Это обусловлено реальными требованиями будущей профессиональной деятельности. Исходя из этих условий, можно выделить три наиболее значимые группы профессиональных навыков. Первая группа – это двигательные, мануальные, сенсомоторные навыки, основу которых составляет деятельность рук под контролем органов чувств. Вторая группа – перцептивные навыки. В основе их лежит процесс чувственного восприятия. Третья группа – инструментально-расчетные навыки. Они сочетают навыки, обеспечивающие пользование профессиональными приборами, проведения стандартных профессиональных измерений и расчетов по известным формулам и алгоритмам.

Основной метод формирования профессиональных навыков – это практический тренинг, предусматривающий многократное, систематическое выполнение одних и тех же действий, движений, процедур, измерений, расчетов и т.п. Очень важным в этом процессе есть способы взаимодействия студентов в группе, а также работа в парах, а именно:

1. Способ позиционного взаимодействия, когда в решении поставленной преподавателем задачи участвуют все члены группы, а общий вывод коллективной работы делает один студент;

2. Индивидуально-групповое взаимодействие, состоящее из двух этапов. Такой вид работы применяется во время выполнения значительного по объему задания. Каждый выполняет свою часть задачи, результаты объединяют и получают общий вывод.

3. Конверсионное взаимодействие, которое используется при решении тестовых заданий, или работы с документами.

Виды парной работы:

а) статическая пара, объединяет студентов за столом;

б) динамическая пара: такая форма парной работы используется для выполнения задания, которое делится на несколько частей и каждый студент выполняет свою часть работы;

в) вариационная работа. Каждый член группы получает свое задание, выполняет его, анализирует выводы вместе с преподавателем.

Одним из видов учебной деятельности является практика. Основным содержанием ее является выполнение практических учебных или производственных заданий в учреждении, соответствующем характеру профессиональной деятельности будущего специалиста. Учебная и производственная практика призвана сформировать у выпускника профессиональные умения и навыки, принимать самостоятельные решения на конкретном участке работы в реальных условиях. Активная самостоятельная работа возможна только при наличии серьезной и устойчивой мотивации. Самый сильный мотивирующий фактор – подготовка к дальнейшей эффективной профессиональной деятельности.

Таким образом, самостоятельная работа студентов является неотъемлемой составляющей образовательного процесса в медицинских колледжах и медицинских училищах, способствует повышению качества обучения, развитию творческих способностей студентов, способностей к непрерывному, непрекращающемуся образованию.

### **Литература**

1. Батаршина А.Р. Технология организации самостоятельной работы студентов // Высшее образование сегодня. -2008.-№9.-С.82-84.
2. Вайсера З.В. Организация самостоятельной работы студентов – путь к повышению качества подготовки специалистов среднего звена // Высшее образование сегодня. -2008.-№9.-С.4-8.
3. Зенкин А.С. Самостоятельная работа студентов. Методические указания / Сост. А.С. Зенкин, В.М. Кирдяев, Ф.П. Пильгаев, А.П. Лащ – Саранск: изд-во Морд. у-та, 2009. -35с.
4. Мореева Н.А. Технологии профессионального образования / Н.А. Мореева. - М.:Издательский центр «Академия», 2005. -432с.

### **ORGANISATION AND FORMS OF STUDENTS' AUTONOMOUS ACTIVITIES**

Zhadinskaya Ye.I., Zhadinskiy N.V.

M. Gorky Donetsk national medical university

Makeevka medical college

**Summary.** Autonomous activity is more than important form of the educational process, for it has to become the basis of the latter. This means orientating towards the active methods of mastering knowledge, creative abilities development, as well as swap to the individual training with the regard of the personality's needs and capabilities.

**Key words:** educational process, autonomous activities.

УДК 387.147.88+61:378.095

### **ПРОБЛЕМА АКТИВИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

Зуева Г.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Развитие современной системы образования предполагает обучение с высоким уровнем самостоятельности студентов при ведущей роли личности обучаемого. Представлены основные цели и проблемы организации самостоятельной работы студентов в условиях современного медицинского образования.

**Ключевые слова:** самостоятельная работа, процесс обучения, непрерывное

профессиональное образование.

Самостоятельная работа студентов – важная форма учебного процесса под руководством и контролем преподавателя, в ходе которого осуществляется творческая деятельность, направленная на приобретение и закрепление научных знаний, осваиваются новые практические навыки, формируется клиническое мышление и личные убеждения по использованию приобретенных знаний и умений в практической деятельности.

Многие педагоги понятие «самостоятельная работа» трактуют как самостоятельный поиск необходимой информации, приобретения знаний, использование этих знаний для решения учебных, научных и профессиональных задач. Самостоятельная работа должна осуществляться студентами как познавательная деятельность, формирующая творческое отношение к воспринимаемой информации.

Важнейшими целями самостоятельной работы студентов являются развитие интеллектуального потенциала личности, аналитических способностей, критического мышления, развитие умений самоанализа и осознание собственных возможностей, творческая способность, инициативность с чувством ответственности за свои действия.

Одним из результатов ускорения темпов развития общества, наблюдаемого во всем мире, является появление принципиально новых медицинских технологий, освоение которых потребует от специалиста не столько готовых знаний, сколько желания и способности их добывать и перерабатывать. Это послужило основанием для смены образовательной парадигмы – с образования «на всю жизнь» на образование человека «через всю жизнь». Обучение «в течение всей жизни» реализуется по средствам системы непрерывного образования, основными задачами которого становятся формирование личности обучаемого, постоянное овладение новыми знаниями, умениями, навыками и способами общения.

Европейский союз медицинских специалистов (UEMS) определяет непрерывное профессиональное развитие как учебный метод повышения, обновления и восстановления профессиональных знаний врачей, обеспечивающий максимальный уровень подготовки специалистов в области медицины, способствующий улучшению качества оказания медицинской помощи.

Основная цель в самостоятельной работе студентов заключается в развитии личности, в получении знаний и умений с одновременным развитием потенциала компетентности специалиста, направленной на креативность как развитие способности к самоизменению, самоопределению, преодолению традиционных взглядов. Именно обучающемуся человеку принадлежит ведущая роль в процессе обучения, а преподаватель становится координатором обучения, обеспечивающим методический учебный процесс.

В условиях реформирования высшей школы особое значение приобретает совершенствование самостоятельной работы обучаемых. Система медицинского образования постоянно совершенствуется. Это обусловлено

стремлением максимально приблизить уровень знаний и арсенал навыков начинающих врачей к требованиям доказательной практической медицины. Подготовка студентов и высококвалифицированных врачей становится актуальной проблемой и требует постоянного внедрения новых форм обучения. Проблема повышения эффективности преподавания в высшей медицинской школе обусловлена ростом требований к знаниям и умениям выпускника. Все это определяет необходимость новых эффективных подходов к педагогике высшей медицинской школы.

Таким образом, модернизация образования в медицинском ВУЗе предполагает обучение с высоким уровнем самостоятельности при ведущей роли личности обучаемого.

### **Литература**

1. Романцов М.Г., Сологуб Т.В. Технологии опережающего образования. Особенности компетентной модели в высшей медицинской школе//Основы педагогической грамотности преподавателя медицинского вуза. – Санкт-Петербург, 2009. – С. 10–19.

2. Лопанова Е.В. Разработка программы повышения квалификации преподавателей медицинского вуза на основе компетентностного подхода//Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2012. – № 1. – С. 132 – 135.

3. Майллет Б. Европейский союз медицинских специалистов (UEMS)//Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2011. – №4. – С. 40 – 49.

4. Фролова Е.В. От постдипломного образование к непрерывному профессиональному развитию//Вестник семейной медицины. –2008. – №7. – С. 22 – 23.

### **PROBLEM ACTIVIZATION OF INDIVIDUAL STUDENTS WORK IN MEDICAL UNIVERSITY**

Zuyeva G.V.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The development of the modern education system presupposes training with a high level of independence and the leading role of the students personality. The main goals and problems in organization of independent work of students in modern medical education.

**Key words:** individual work, studying process, continuous professional education.

УДК 397.232

### **ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ**

Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Грушина М.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра пропедевтической и внутренней медицины

**Резюме.** В работе освещены организационные и отдельные вопросы функционирования студенческого научного кружка на клинической кафедре.

**Ключевые слова:** организация и функционирование, студенческий научный кружок, терапевтическая кафедра.

Учебный процесс высшей школы, в соответствии с современными требованиями, должен быть направлен на подготовку образованного специалиста, обладающего клиническим мышлением, способного к самообразованию, систематическому пополнению знаний и применению их в своей научной и практической деятельности. Привлечение студентов к научным исследованиям является обязательной составляющей современной системы образования [2].

Успех подготовки молодых специалистов зависит от многих факторов, одним из которых является научная работа студентов. Студенческие научные кружки - одна из форм научной деятельности студентов, направленная на расширение научного потенциала [1]. Научно-исследовательская работа студентов - одно из важнейших средств повышения качества подготовки специалистов в высшей школе. Это комплекс мероприятий научного, методического, воспитательного, организационного характера, обеспечивающий привитие навыков научных исследований в соответствии с выбранной специальностью в рамках учебного процесса и вне его [4].

Студенческий научный кружок при кафедре представляет собой небольшой коллектив, объединенный разработкой определенной научной проблемы. Он объединяет энтузиастов, изучающих принципы, методы и приемы ведения научной работы. Каждый студент в кружке выполняет самостоятельное задание в рамках научной тематики кафедры. При планировании заседаний и научных исследований учитываются потребности, как научного направления кафедры, так и практической медицины для того, чтобы выпускник после окончания ВУЗа и прохождения интернатуры мог самостоятельно заниматься научно-исследовательской и лечебной работой [3].

Кафедра пропедевтической и внутренней медицины, осуществляет подготовку студентов на базах современных многопрофильных медицинских научно-исследовательских центров: Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение и учебно-научно-лечебный комплекс «Университетская клиника» Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. В этих центрах сконцентрировано самое современное оборудование, которое позволяет проводить научные исследования в области кардиологии, пульмонологии, ревматологии, эндокринологии, нефрологии и коморбидной терапевтической патологии.

Деятельность студенческого научного кружка кафедры проводится на основании Положения об организации учебного процесса в Донецком национальном медицинском университете им.М.Горького.

Основными целями работы научного кружка кафедры пропедевтической и внутренней медицины Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького является повышение уровня научной и практической подготовки студентов, формирование у них интереса и потребности к научному творчеству, развитие творческого мышления, научной самостоятельности, активации внутренней организованности, углубление, закрепление и систематизация полученных знаний и умений.

Общими направлениями студенческой деятельности являются обеспечение активного участия в проведении научных конференций, научных семинаров, формирование интереса к научному творчеству, обучение методикам и способам самостоятельного решения научных и практических задач, помощь студентам в овладении методикой и навыками проведения научных исследований, содействие углубленному изучению более широкого объема материала. Занятия в кружке способствуют подготовке из числа наиболее способных и активных студентов резерва научных и научно-педагогических кадров, выявлению наиболее одаренных и талантливых студентов, использованию их творческого и интеллектуального потенциала для решения актуальных задач повышения эффективности образовательного процесса [2].

Научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное время, возможна в форме работы в студенческих научных кружках, участие в исследовательской работе кафедры, в работах, которые выполняются на контрактной основе, и в работах предусмотренных индивидуальными планами научно-педагогических работников кафедры, работа в составе творческих коллективов, выполняющих научные исследования в рамках международных проектов [1].

Научный кружок на кафедре пропедевтической и внутренней медицины функционирует с момента создания кафедры. Подавляющее большинство преподавателей, работающих на кафедре, начинали свою научную деятельность именно в рядах студентов-кружковцев. Куратором кружка традиционно является сотрудник кафедры, который сам активно занимается научно-практической работой. Несмотря на трудное военное время, количество желающих заниматься в кружке постоянно растет. В связи с этим, появилась необходимость разделения студентов на две группы. В старшей группе занимаются студенты 4-6 курсов, а в младшей студенты 3-го курса медицинских факультетов. В начале учебного года все студенты, желающие выполнять научные исследования, получили научную тему. Привлечение студентов к научной работе способствует их профессиональной подготовке, отбору из их числа наиболее способных и талантливых студентов, воспитанию творческого подхода к диагностике, лечению и профилактическому процессу.

Заседание научного кружка проходит в присутствии руководителя, обычно открывает староста, избираемый из числа студентов и который в будущем хочет стать ученым или практиком. Он обеспечивает присутствие членов кружка на заседании, принимает участие в разработке годового плана работы научного кружка, готовит информацию для опубликования в научных изданиях, конференциях, конгрессах, принимает участие в подготовке отчета о работе. На каждом заседании проводится осмотр интересного больного в одном из терапевтических отделений ДОКТМО. С учетом интерпретации результатов исследований больного, выставляется клинический диагноз, намечается план дополнительных исследований и лечения. Студенты учатся написанию статей по наиболее интересным клиническим случаям. Большая

часть времени отводится реферативной и научной деятельности. Научная работа обычно позволяет досконально осваивать различные методы исследования больного (физикальные, инструментальные, лабораторные), свободно трактовать их результаты, глубже понимать их диагностическое значение и прогноз.

Работа проводится согласно утвержденному годовому плану. В прошлом году рассмотрен вопрос современных подходов к диагностике и лечению антифосфолипидного синдрома; принципы применения интервальной нормобарической гипокситерапии при заболеваниях сердечно-сосудистой системы; взаимосвязь между недифференцированной дисплазией соединительной ткани и синдромом ранней реполяризации желудочков сердца и тому подобное. В рамках кафедральной НИР проведены и проанализированы результаты исследования диффузионной способности легких при коморбидной с ХОБЛ ишемической болезни сердца, изложены результаты использования интервальной нормобарической гипокситерапии и отечественных липосомальных препаратов «Липин» и «Липофлакон» в комплексе лечения и реабилитации больных с совокупной кардио-респираторной патологией.

В течение последнего года кружковцы приняли участие в научно-практических конференциях «Актуальные проблемы клинической, экспериментальной, профилактической медицины, стоматологии и фармации» (Донецк) и «Актуальные вопросы внутренней медицины» (Черновцы).

Основными формами работы научного кружка является: заседание научного кружка; выступления с результатами собственных и обзорных исследований, научными сообщениями, докладами, реферативными сообщениями на заседаниях кружка; подготовка выступлений на научно-практических конференциях различных уровней; участие в научных, научно-практических, научно-методологических семинарах, круглых столах; написание конкурсных работ на лучшую научную работу среди курсантов, слушателей и студентов.

За последние годы на кафедре увеличилось не только количество активных студентов, принимающих участие в его работе, но и повысился научный уровень студенческих исследовательских работ, более актуальной, конкретной и практической стала их тематика. Студенты, которые принимают участие в научно-исследовательской работе кафедры, обеспечены оборудованием, приборами и инструментами научных лабораторий по исследованию функции респираторной и сердечно-сосудистой систем, состояния гемокоагуляции в рамках кафедральной НИР «Разработка, патогенетическое обоснование и внедрение методов липосомальной и адаптационной терапии в комплексном лечении мононозологической и мультинозологической терапевтической патологии». Ранее студенты-кружковцы участвовали в выполнении фрагментов НИР «Использование методов адаптационной терапии в комплексном лечении заболеваний простаты-везикулярного комплекса», которая выполнялась усилиями отделения урологии и отделения кардиологии, функциональной диагностики и терапии



учебно-научно-лечебного комплекса «Университетская клиника» Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Таким образом, привлечение студентов к работе в научных кружках клинических кафедр позволяет не только получить навыки проведения научных исследований и практической работы, но и увеличить возможности для интеллектуального развития личности.

### **Литература**

1. Буряк В. Керування самостійною роботою студентів / В. Буряк // Вища школа. – 2001. - № 4-5. - С. 48-52.

2. Ефективність навчання студентів / В.І. Євдокимов та ін.; за заг. ред. В.І. Євдокимова; ХДПУ ім. Г.С. Сковороди – Х.: Вид-во ХДПУ ім. Г.С. Сковороди, 2004. – 140 с.

3. Прокопенко, І.Ф. Педагогічні технології / І.Ф.Прокопенко, В.І. Євдокимов; за заг. ред. І.Ф. Прокопенко. – Х.: Колегіум, 2006. – 224 с.

4. Сивакова О. В. Уровень сформированности логического мышления студентов-медиков / О. В. Сивакова // Вестник Московского университета. Серия 20: Педагогическое образование. - 2010. - № 3. - С. 125-138.

5. Значення науково-дослідної роботи в болонській системі навчання студентів та її організація на кафедрі внутрішньої медицини / Н. В. Грона, В. В. Коломієць, К. А. Бобришев, Н. В. Ванханен, Б. А. Півнєв // Медична освіта.- 2011.-№3.-С. 1-3.

### **QUESTIONS OF ORGANIZATION AND FUNCTIONING OF STUDENT SCIENTIFIC GROUP ON THERAPEUTIC DEPARTMENT**

Ignatenko G.A., Mukhin I.V., Grushina M.V.

M. Gorkiy Donetsk national medical university

Department of Propedeutic and Internal Medicine

**Summary.** In paper consider organization and private questions of functioning of student scientific group on clinical department.

**Key words:** organization and functioning, student scientific group, therapeutic department.

УДК 378.4.096:615.825]:378.333

### **ДИСТАНЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ПРЕПОДАВАНИЯ НА КАФЕДРЕ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

Кабанова Н.В., Томачинская Л.П.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий институт физической культуры и спорта»  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Статья посвящена повышению эффективности обучения студентов путем постоянного Internet - контроля за качеством самостоятельной внеаудиторной подготовки к занятиям на кафедре адаптивной физической культуры и физической реабилитации. Внедрение методики Internet – мониторинга в педагогический процесс расширяло информационный ресурс студентов и повышало качество самостоятельной внеаудиторной подготовки дисциплины. Internet-мониторинг обеспечивал надежный дистанционный

контроль и наставничество опытного преподавателя в режиме реального времени.

**Ключевые слова:** internet-мониторинг, дистанционное образование, самостоятельная внеаудиторная работа студентов

**Актуальность.** Подготовка квалифицированных специалистов, способных к компетентной, конкурентной и эффективной деятельности по своей специальности на уровне мировых стандартов, не возможны без повышения роли самостоятельной работы студентов с учебным материалом, воспитания их творческой активности [1]. Образование студента, имеющего доступ к учебной информации удобным, доступным, наглядным способом – актуальная проблема, обусловленная постоянным хроническим недостатком времени для образования, сложностью ориентирования в нарастающем объеме информации в Интернете и печатных изданиях, временными затратами поиска нужной информации [2]. Решение такой глобальной задачи возможно путем внедрения в образовательный процесс современных аудио - визуальных компьютерных и телекоммуникационных технологий [3].

**Цель** - анализ практической апробации технологий дистанционного образования в виде системы постоянного Internet-контроля за качеством самостоятельной внеаудиторной подготовки студентов к занятиям на кафедре адаптивной физической культуры и физической реабилитации (АФК и ФР).

**Материал и методы.** Учебный процесс на кафедре АФК и ФР проводили по системе обучения, основывающейся на единстве модульных технологий обучения и зачетных кредитов ESTS, как единиц измерения учебной нагрузки, необходимых для усвоения содержательных модулей. Целью внедрения такой системы обучения была интенсификация учебного процесса и повышение качества подготовки студентов путем стимулирования систематичной и качественной самостоятельной работы, усиления мотивации к приобретению и объективной оценке знаний и умений. Видами учебных занятий на кафедре в соответствии с учебным планом были лекции, практические занятия, самостоятельная (аудиторная и внеаудиторная) и индивидуальная работа студентов. Методические рекомендации для студентов к каждому практическому занятию содержали четко сформулированные общую и конкретные цели, актуальность и граф логической структуры темы, тестовые задания и ситуационные задачи, ориентировочную основу действий в будущей практической работе. Самостоятельная внеаудиторная работа студентов способствовала переориентации процесса обучения с лекционно - информативной на индивидуально - дифференцированную, лично - ориентированную формы.

Необходимым условием приоритета самостоятельной внеаудиторной и индивидуальной работы студентов было организационно-методическое ее обеспечение. С целью дистанционного консультирования и обучения применяли систему Internet - визуализации по технологии «Scare» с возможностью непосредственного общения студента и опытного преподавателя, с применением библиотеки литературы, разработанных на кафедре АФК и ФР методических рекомендаций, наборов тестовых заданий

и ситуационных задач, аудио- и видеолекций к каждому занятию, которые позволяли студенту повысить качество самостоятельной работы.

**Результаты и их обсуждение.** Проводимый нами Internet – мониторинг, как инновационная форма дистанционного образования, позволил организовать самостоятельную внеаудиторную подготовку студентов по наиболее актуальным проблемам адаптивной физической культуры (на примере преподавания дисциплины «Современные технологии в адаптивной физической культуре»). Преимуществами предлагаемой методики перед традиционными формами обучения являлись гибкость в организации процесса обучения (в удобное время, в удобном месте и в удобном темпе), обучение без необходимости выезда с целью получения нового учебного материала, широкий охват аудитории, возможность быстрого обновления информации в соответствии с последними научными рекомендациями, снижение затрат на обучение, возможность применять новые сведения на практике уже в процессе их приобретения, обеспечение равных возможностей для получения образования независимо от места проживания и материальных условий. Внедрение методики Internet – мониторинга в педагогический процесс кафедры АФК и ФР в течение всего цикла обучения (на примере преподавания дисциплины «Современные технологии в адаптивной физической культуре») значительно расширяло информационный ресурс студентов (статьи, руководства, монографии, методические рекомендации, справочники, доклады, тематические видеофильмы, электронные книги) на английском, русском и украинском языках, что, в комплексе с аудио-визуальным контактом с опытным преподавателем, повышало качество самостоятельной внеаудиторной подготовки дисциплины.

### **Выводы**

Internet-мониторинг, обеспечивая надежный дистанционный контроль и наставничество опытного преподавателя в режиме реального времени, оптимизировал самостоятельную внеаудиторную подготовку студентов на кафедре АФК и ФР.

### **Литература**

1. Волженина, Н.В. Организация самостоятельной работы студентов в процессе дистанционного обучения [Текст]: учебное пособие / Н.В. Волженина. - Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2008. - 58 с.
2. Ибрагимов, И.М. Информационные технологии и средства дистанционного обучения [Текст]: учебное пособие для студентов высших учебных заведений /И.М. Ибрагимов.- Москва: Издательский центр «Академия», 2005.-336с.
3. Шаров, В.С. Дистанционное обучение: форма, технология, средство [Текст] /В.С. Шаров// Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена.- 2009.- Выпуск № 94.- С.236-240.

DISTANT EDUCATIONAL TECHNOLOGY IN IMPROVING THE QUALITY OF TEACHING  
AT THE DEPARTMENT OF ADAPTIVE PHYSICAL TRAINING AND PHYSICAL  
REHABILITATION

Kabanova N.V., Tomachinskaja L.P.  
State educational organization of higher professional education  
"Donetsk Institute of physical culture and sports"  
M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The article is devoted to enhancing the effectiveness of student learning through the use of permanent Internet- control quality extracurricular training classes at the Department of Adaptive physical training and physical rehabilitation. The introduction of Internet-monitoring techniques enhances the information resource for students and improve the quality of independent extracurricular training discipline. Internet-monitoring ensures reliable remote monitoring and mentoring of an experienced teacher in real time.

**Key words:** Internet-monitoring, distance education, independent extracurricular work of students.

УДК 612:378.147:616.31

## ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ КУРСА ФИЗИОЛОГИИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ФАКУЛЬТЕТЕ.

Казаков В.Н., Прокофьева Н.В., Андреева В.Ф., Попов Б.Г., Филюшина Е.В.,  
Гончаренко О.Н., Бортникова А.К., Шевченко Т.А., Рымарь Я.И.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра физиологии и клинической лабораторной диагностики

**Резюме.** Формирование личности будущего врача является целью высшего медицинского образования. В России существует «Стандарт высшего стоматологического образования», в котором используются принципы инновационного образования (развивающие и развивающиеся). Он базируется на передаче последующим поколениям социального опыта.

При этом необходимо учитывать особенность профессиональной деятельности врача-стоматолога. Поэтому, по нашему мнению, изложение физиологии должно быть четко профессионально ориентировано, чтобы у студента не возникал вопрос, для чего необходимы знания по физиологии различных систем организма.

**Ключевые слова:** профессиональная компетентность, профулизация преподавания, физиология челюстно-лицевой области.

Формирование личности будущего врача является целью высшего медицинского образования. В процессе обучения студент не только должен овладевать основами профессиональной деятельности и культуры, т.е. быть компетентным при оказании помощи больному, но и проявлять к нему милосердие и сострадание. Эти задачи решаются всеми кафедрами, участвующими в подготовке будущих врачей, они влияют как на понимание студентами основополагающих концепций обучения, так и обеспечивают эффективность учебно-воспитательного процесса. При изучении физиологии обеспечивается не только теоретическая база профессиональных знаний, но и закладываются физиологические основы психологии общения будущих врачей с пациентами, их родственниками и близкими, другими работниками системы здравоохранения. Формирование профессиональной компетентности будущих врачей-стоматологов - это интегральное качество специалиста, включающее знание и умение, опыт и способности, направленное на решение профессиональных задач.

В последние десятилетия в странах Европы для подготовки врачей-стоматологов используется «Профиль и компетенции европейского стоматолога», согласно которому современный выпускник-стоматолог должен быть достаточно обученным основам стоматологической науки, способным работать в системе здравоохранения с другими специалистами, т.е. иметь хорошие коммуникативные навыки и личностные качества [2].

В России также существует «Стандарт высшего стоматологического образования», в котором используются принципы инновационного образования (развивающие и развивающиеся). Они базируются на передаче последующим поколениям социального опыта. Педагогический процесс включает ответы на вопросы для студента: для чего учиться, чему учиться и как учиться [1]. Это в полной мере относится и к преподавателю: для чего учить, чему учить и как учить. Поэтому подготовка врача-стоматолога имеет профессиональное акцентирование уже на теоретических базовых дисциплинах. Так, для будущих стоматологов в предмет нормальной физиологии включен курс физиологических основ челюстно-лицевой области. При изучении дисциплины на это отводится достаточно большое количество часов, хотя общее количество часов по курсу снижено до 144 часов (по украинским программам было 244 часов). Профилизация преподавания предполагает не только разносторонние базовые знания по предмету, но и детальное изучение разделов физиологии, имеющих отношение к профессиональной деятельности врача-стоматолога.

На наш взгляд, нельзя слепо руководствоваться новыми инновационными веяниями [3]. У нас имеются достаточно весомые наработки преподавания современных представлений о физиологических процессах, осуществляемых в ротовой полости, которые не находят достаточного отражения даже в учебной литературе, изданной для стоматологов в России в 2015 году [4].

Кроме всего прочего, необходимо учитывать особенность профессиональной деятельности врача-стоматолога, т.к. в каких бы условиях и формах ни протекала деятельность человека, какую бы структуру она ни приобрела, ее нельзя рассматривать как изъятую из общественных отношений, из жизни общества. При всем своем своеобразии, деятельность человека представляет собой систему, включенную в систему отношений общества. Вне этих отношений человеческая деятельность вообще не существует.

Особенности поведения пациента при стоматологических заболеваниях определяются психоэмоциональным стрессом, связанным со страхом при стоматологических вмешательствах, и сопровождаются развитием соответствующей доминанты на избегание лечения, что приводит к увеличению тяжести заболевания, возникновению осложнений.

Условные рефлексy на интерьер стоматологического кабинета, звук бормашины, подкрепляемые болевым раздражением, вырабатываются быстро и становятся очень прочными. Психоэмоциональный стресс при стоматологических вмешательствах сопровождается активацией симпатoadренальной системы и выбросом катехоламинов. Это может проявляться в росте частоты сердечных сокращений, артериального давления,

частоты дыхания, активации потовых желез и другими симпатoadреналовыми реакциями. На фоне сердечно-сосудистой патологии это может привести к гипертоническому кризу, сосудистому коллапсу. Боль, как безусловнорефлекторный фактор, затрагивает все без исключения физиологические системы организма, вызывает нарушение их функционирования.

Психосоматические нарушения с хроническими депрессивными состояниями, особенно у лиц, профессия которых связана с межличностными общениями, могут возникать при дефектах в челюстно-лицевой области. У стоматологических больных могут возникать нарушение речевой функции, которые чаще могут быть связаны с периферическими причинами: изменением секреции слюнных желез, нарушением функций мышц языка, целостности зубных рядов, наличием зубных протезов, дефектами твердого неба и др.

Устранение косметических дефектов у пациентов и восстановление полноценной речевой функции возвращает человека к профессиональной деятельности, восстанавливает его социальные связи.

Восстановление зубного ряда с помощью протезирования приводит к развитию процессов адаптации к инородному телу в полости рта. Скорость этого процесса может зависеть не только от величины, конструкции и способа фиксации протеза, но и от пластических способностей высших отделов ЦНС, возможности перестраивать свои функциональные взаимосвязи под влиянием импульсов (обратная связь), информирующих о результатах текущей деятельности, а также от типа ВНД (подвижности и инертности нервных процессов) и функционального состояния организма пациента: переутомления, волнения, психической травмы и т.д.

Все эти особенности больных со стоматологической патологией требуют от врача стоматолога не только профессиональных умений и навыков, но и способностей установить коммуникативный контакт с пациентом и воздействовать на него, программируя его поведение (выполнять по указанию врача действия, способствующие проведению манипуляций в ротовой полости), контролировать его психоэмоциональное состояние (внушение, беседа, произвольный контроль дыхания, напряжение скелетных и жевательных мышц), судить о степени поражения зуба по болевой реакции и ее словесному выражению.

Поэтому, по нашему мнению, изложение не только физиологии челюстно-лицевой области, сенсорной, пищеварительной, защитной и коммуникативной функции ротовой полости, но и вопросов физиологии дыхания, сердечно-сосудистой системы, нервно-мышечной физиологии, физиологии ВНД, психических функций, системной организации поведения, т.е. всех разделов курса физиологии, должно быть четко профессионально ориентировано, чтобы у студента не возникал вопрос, для чего необходимы знания по физиологии различных систем организма для врача-стоматолога.

### **Литература**

1. Перес Ловелле Р., Кудрявая Н.В. Психологические основы

профессиональной деятельности врача. – М., 1999. - 214 с.

2. Психология для стоматологов/ под ред. проф. Кудрявой Н.В. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 395 с.

3. В.Н. Казаков, А.А. Удод, Б.Б. Ивнев, В.Ф. Андреева. Болонский процесс и преподавание физиологии студентам-стоматологам. – Архив клинической и экспериментальной медицины. – Т. 20, № 1, 2011. – С. 89-91.

4. Нормальная физиология с курсом физиологии челюстно-лицевой области: учебник/ под ред. В.П. Дегтярева, С.М. Будылиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 847 с.

#### INNOVATIVE APPROACH TO STUDYING OF A COURSE OF PHYSIOLOGY AT STOMATOLOGIC FACULTY

Kazakov V. N., Prokof'eva N. V., Andreeva V. F., Popov B. G., Filushina Ek. V.,  
Goncharenko Ok. N., Bortnikova An. K., Shevchenko T. Al., Rimar Yan. Ig.  
M. Gorky Donetsk national medical university

Department of physiology and clinical laboratory diagnostic

**Summary.** Formation of the identity of future doctor is the purpose of the higher medical education. In Russia there is "A standard of the higher stomatologic education" in which the principles of innovative education (developing and developing are used). It is based on transfer to the subsequent generations of social experience. At the same time, it is necessary to consider feature of professional activity of the dentist. Therefore, in our opinion, the statement of physiology has to be accurately professionally focused that the student had no question what knowledge of physiology of various systems of an organism is necessary for.

**Key words:** professional competence, profile of studying, physiology of maxillofacial region.

УДК 618.1/.5+378.146/.147

#### ОПТИМИЗАЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В ВУЗАХ

Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Желоманова С.А., Друпп Ю.Г.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии, г. Донецк

**Резюме.** Проблема качества образовательных услуг, предлагаемых высшей школой в последние годы приобретает все большую актуальность. Педагоги медицинских вузов ищут пути такой организации учебных занятий. Важно сохранить положительную мотивацию и заинтересованность у будущих врачей. Достигнуть этой цели можно несколькими путями: включать в занятия различные деловые и квазипрофессиональные игры, активно использовать большую и малую курацию с написанием учебных историй. Должна обязательно включаться в программу обучения симуляционная работа. Таким образом, даже в сложных условиях, когда практическая подготовка отодвинута на вторую часть обучения, у опытного педагога существуют возможности эффективного построения учебного процесса, максимально приближая практическую часть обучения к теоретической.

**Ключевые слова:** акушерство и гинекология, квазипрофессиональные игры, курация, симуляционная работа.

Проблема качества образовательных услуг, предлагаемых высшей школой в последние годы приобретает все большую актуальность. Не секрет, что медицинское образование перестало соответствовать современным

требованиям, и это — одна из основных причин дезинтеграции в здравоохранении (наряду с остаточным финансированием, снижением мотивации кадров, медленным внедрением новшеств и нерациональным использованием ресурсов). По данным опроса, проведённого Общественной палатой Российской Федерации (2011), 43% наших соотечественников считают профессию врача непрестижной. И лишь 4% самих врачей отстаивают другую точку зрения. Понятно, что в таких условиях решение стать врачом школьникам даётся непросто, и «лучшие умы» вряд ли остановят свой выбор на медицинском вузе [1].

Многие преподаватели клинических дисциплин ощущают себя в первую очередь врачами, но знать предмет — ещё не значит уметь адекватно передать знания студентам. Эффективность преподавания зависит от правильной организации процесса; большое внимание необходимо уделять созданию рабочей обстановки, способам выражения интереса к теме занятия и студентам, предупреждению монотонности, догматизма и монополизации дискуссии [1]. Преподаватель должен помнить имена студентов, принимать во внимание их личные ситуации и учитывать индивидуальные способности. Стиль руководства преподавателя больше не может быть авторитарным, поскольку современная система преподавания ориентирована на демократизацию учебного процесса. Вместе с тем контроль хода занятия необходим для успешного усвоения запланированного, нужно уметь корректировать темп занятия, исключать внешние отвлекающие факторы и «лирические отступления». Создание условий для запоминания базируется на чётком изложении материала [3].

Педагоги, работающие со студентами медицинских вузов, ищут пути такой организации учебных занятий по специальным дисциплинам, которые смогут сохранить положительную мотивацию и заинтересованность у будущих врачей. Планировать этот процесс надо так, чтобы максимальное внимание уделялось именно практической составляющей теоретического курса. Достигнуть этой цели можно несколькими путями. Как можно больше включать в занятия различные деловые и квазипрофессиональные игры. Программа обучения как на акушерском, так и на гинекологическом модулях позволяет проводить такие игры почти на каждом занятии. Обязательным компонентом каждого семинара должны стать ситуационные задачи по изучаемой теме [3]. Можно оформлять ситуационные задачи в виде игр, раздавая части группы «роли» больной, врача, врача «скорой помощи», другая часть группы должна «поставить диагноз». Активно использовать в ходе занятия большую и малую курацию больных с написанием учебных историй болезни. Эта форма работы является одной из наиболее эффективных, так как учит будущих врачей общаться с больными, собирать анамнез, проводить осмотр, анализировать информацию, вычленять основные жалобы и симптомы болезни и, в конечном счете, ставить диагноз. Использование учебных историй болезни и родов также может быть полезно в педагогическом процессе, т.к. адаптирует студентов к этому чрезвычайно важному аспекту врачебной



деятельности. Целесообразно включать обучающихся в процесс написания клинических историй болезни и родов под контролем преподавателя. Это способствует еще большему приближению их к лечебной работе и формированию чувства врачебной ответственности. Очень важно включать в процесс занятий работу группой у постели больного. При этой форме работы студенты под контролем опытного преподавателя полностью проводят опрос и осмотр пациентки, включая акушерское и гинекологическое исследование. Это, несомненно, самый эффективный и полезный вид деятельности, максимально имитирующий лечебный процесс [3]. Также это один из самых любимых, как студентами, так и клиническими ординаторами, видов обучения. Однако следует заметить, что в настоящее время пациенты имеют право отказаться от такого осмотра даже в условиях клинической больницы. Важным для формирования и сохранения интереса к учебному процессу мы считаем посещение родильного блока, больших и малых операционных, манипуляционных кабинетов. Обучающиеся наблюдают, а преподаватель комментирует течение родов, операции или другой манипуляции. При грамотной работе преподавателя данный вид работы может максимально расширить врачебный кругозор и приблизить будущих докторов к пониманию тонкостей течения родов, а также подробно ознакомить их с ходом основных операций, применяемых в современном акушерстве и гинекологии.

Отдельно следует остановиться на таком направлении в обучении, как симуляционная деятельность [2].. Это чрезвычайно важная часть работы как со студентами, так и с клиническими интернами и ординаторами, заслуживающая подробного анализа. Симуляционная работа должна обязательно включаться в программу, причем не только в специально оборудованных классах с высокотехнологичными тренажерами, но и в учебных комнатах кафедр, где имеются традиционные акушерские и гинекологические муляжи и фантомы. Таким образом, даже в таких сложных условиях, когда практическая подготовка отодвинута на вторую часть обучения, у опытного педагога существуют определенные возможности эффективного построения учебного процесса, максимально приближая практическую часть обучения к теоретической. Это позволит студентам адаптироваться в клинике и приступить к освоению более сложной части программы обучения.

### **Литература**

1. Преподавание акушерства и гинекологии. Пост-релиз и материалы программы Научно-образовательной конференции.- Новосибирск.-М.: Редакция журнала StatusPraesens. 2012.-12 с.

2. Хворостухина Н.Ф Симуляционный курс «акушерство и гинекология» как реализация компетентностного подхода в рамках модернизации научно-образовательной деятельности / Н.Ф. Хворостухина, Д.А. Новичков // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 4 (часть 2) – С. 379-381.

3. Хороших Н.В. Преподавание акушерства и гинекологии в клинической ординатуре/интернатуре в условиях перехода на ФГОС третьего поколения / Н.В. Хороших // Международный научный журнал

OPTIMIZATION OF TEACHING OBSTETRICS AND GYNECOLOGY  
AT MEDICAL UNIVERSITIES

Kletsova M.I., Churilov A.V., Sviridova V.V., Dzhelomanova S.A., Drupp Y.G.

M. Gorky Donetsk national medical university

The department of Obstetrics and Gynecology, Donetsk

**Summary.** The problem of the quality of educational services is becoming increasingly important in recent years. Educators of medical universities are looking for ways of the good organization of training sessions. It is important to maintain a positive motivation and interest among future doctors. We can achieve this goal in several ways: to include in classes some business and quasi-professional games, to use the large and small curation with the writing of educational medical histories. We should include a simulation work in the curriculum. Thus, even in difficult conditions, when the practical training pushed to second place, an experienced teacher can effectively build a learning process as much as possible bringing the practical part of the training to the theoretical.

**Key words:** obstetrics and gynecology, quasi-professional games, curation, a simulation work.

УДК 616.1/4:378.147.227+378.095

ЗНАЧЕНИЕ МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА 6-ОМ КУРСЕ МЕДУНИВЕРСИТЕТА

Коломиец В.В., Пивнев Б.А., Томаш О.В., Панчишко А.С., Кривонос Н.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье обсуждаются принципы методического обеспечения преподавания поликлинической терапии студентам 6 курса медицинского университета. Предложена структура методических указаний для подготовки студентов к занятиям.

**Ключевые слова:** поликлиническая терапия, методическое обеспечение, структура методических указаний для студентов 6 курса.

К подготовке врача общей практики предъявляются высокие требования, поскольку именно от него во многом зависит успех дальнейшего ведения пациента [1]. Поликлиническая терапия в обучении студентов по специальности «Лечебное дело» является новым разделом программы, принятой в связи с переходом на новые стандарты додипломной подготовки врачей. Учитывая большую потребность здравоохранения во врачах общей практики, особенно в современных условиях, значение преподавания терапии в условиях поликлиники трудно переоценить. Дисциплина «Поликлиническая терапия» является новой для выпускающей терапевтической кафедры вуза. Ранее, последние 25 лет преподавание внутренней медицины при подготовке специалистов по специальности «лечебное дело» осуществлялось исключительно в условиях стационарных отделений. Отсюда следует, что обучение в условиях поликлинического приема, существенно отличающееся от привычного обучения в условиях стационара требует пересмотра не только применяемых педагогических приемов, но и всей системы построения преподавания дисциплины [2]. Учитывая новизну проблемы, а именно совершенно отличающийся от привычной модели построения занятия подход к

его проведению, актуальность методического обеспечения системы преподавания поликлинической терапии не подлежит сомнению.

Преподавание терапии на выпускном курсе осуществляется в соответствии с учебными программами и предполагает не только аудиторную, но в не меньшей степени внеаудиторную подготовку. Для того, чтобы занятие на кафедре с преподавателем проходило эффективно, студенты должны быть подготовлены к занятию в достаточной мере.

**Цель исследования** - проанализировать значение методического обеспечения в организации преподавания поликлинической терапии на выпускном курсе медицинского университета.

Особенностями обучения терапии в поликлинике являются: меньшая продолжительность занятия (на 1,1 учебного часа – 47 мин), обследование большого числа больных с разной патологией в течение 1 приема, необходимость распределить студентов на прием в разные кабинеты к разным врачам, очень ограниченное время, выделяемое на осмотр 1 больного, трудность контроля самостоятельной работы студентов преподавателем, необходимость выполнения различных действий и заполнения нескольких различных учетно-отчетных документов на одного больного.

В этих условиях предварительная «домашняя» подготовка к занятию является обязательным условием успешного освоения темы на занятии. В свою очередь, для достижения успешной самостоятельной подготовки к предстоящему занятию студент должен иметь четкую программу действий. Изложение актуальности темы должно включать описание особенностей врачебной деятельности в поликлинических условиях, поскольку при изучении внутренней медицины описание актуальности темы преимущественно включает сложность диагностики и лечения, данные о распространенности заболевания, что настраивает студента на важность данной темы и формирует определенную мотивацию для освоения конкретной темы [4]. В условиях поликлиники сложность диагностики усугубляется кратковременностью обследования пациента, а сложность лечения – ограниченными возможностями для контроля за эффективностью лечения и своевременной его коррекции.

Отличительной особенностью поликлинической терапии является разнообразие видов деятельности врача во время приема одного пациента. В соответствии с многообразием врачебных действий методика преподавания должны предусматривать цели обучения, охватывающие все это многообразие рабочих звеньев. Основными вопросами, которые решает врач во время поликлинического приема больного, являются клиническое обследование больного, включая назначение дополнительного лабораторного и инструментального исследований, проведение дифференциальной диагностики с последующим формулированием диагноза, проведение экспертизы временной, а возможно, и стойкой нетрудоспособности, оценка показаний к госпитализации, проведение необходимого лечения в полном объеме, планирование профилактических мероприятий, планирование дальнейшего диспансерного наблюдения. Для подготовки к осуществлению этой

многообразной деятельности требуется творческий подход к обучению [3]. Для того, чтобы правильно осуществлять лечебно-диагностическую и прочую деятельность, врач обязан правильно вести документацию. Учитывая это. Поликлиническая терапия предусматривает подготовку врача в разделе организации амбулаторно-поликлинической помощи, включающей ведение учетно-отчетной документации. Вопросы экспертизы нетрудоспособности представляют особые сложности для студентов, да и для молодых врачей тоже. Во-первых, потому, что вообще экспертиза трудоспособности не проста, а во-вторых, потому, что экспертиза нетрудоспособности предполагает обязательное документальное оформление, с которым студенты в предыдущие годы обучения практически не сталкивались. Именно поэтому методические указания должны предусматривать подготовку студентов по теме «медико-социальная экспертиза».

Включение в методические указания наборов тестовых заданий по теме позволяет студенту закрепить знания и умения, которые он получает при чтении рекомендованной по теме литературы. Задания по теме занятия должны содержать описание ситуаций, максимально приближенных к тем, которые встречаются на амбулаторном приеме у врача поликлиники. Для повышения эффективности усвоения темы вопросы к заданию и варианты ответов на них должны соответствовать целям занятия и нацеливать студента на поиски решений, которые врач поликлиники вынужден принимать во время амбулаторного приема пациентов, причем на приеме врач должен решать эти вопросы быстро и четко, поэтому набор заданий должен предусматривать полные комплекты вопросов и непременно их повторение для лучшего запоминания студентами.

Таким образом, методическое обеспечение подготовки студентов к занятиям по дисциплине «поликлиническая терапия» позволяет повысить эффективность проведения занятия, благодаря достаточной подготовке студентов по теме занятия.

### **Литература**

1. Безюк Н.Н. Современные требования, предъявляемые к качеству оказания медицинской помощи //Медична газета «Здоров'я України XXI сторіччя». – 2008. - №5. – С. 36-37.

2. Глушко, А. Н. Психолого-эргономические основы и средства профессионализации студентов медицинских вузов /А. Н. Глушко. Автореф. дис. ... д-ра психол. наук. – Москва, 2006.

3. Кормакова В.Н. Развитие творческого потенциала личности студента в учебном процессе // Научный результат. Серия «Педагогика и психология образования».-2015.-№3.-С.21-29

4. Фитьмова А.А. Теоретические аспекты развития профессиональной мотивации у будущих медиков /А.А.Фитьмова //Материалы. IV Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Научный потенциал студенчества в XXI веке» Том второй. Общественные науки. г. Ставрополь: СевКавГТУ, 2010. 405 с.

## PATIENTS' CLINIC THERAPY FOR 6<sup>th</sup> - YEAR STUDENTS IN MEDICAL UNIVERSITY

Kolomyets V.V., Pivnev B.A., Tomash O.V., Panchishko A.S., Krivonos N.J.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The principles of the methodical providing in the teaching of out-patients' clinic therapy for 6<sup>th</sup> - year students in medical university are discussed in the article. The structure of practice activity guidelines for students is proposed.

**Key words:** out-patients' clinic therapy, the methodical providing, the structure of practice activity guidelines for 6<sup>th</sup> - year medical students.

УДК 61:378.147.048.2

## ФОРМИРОВАНИЕ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ

Коломиец В.В., Подоляка В.Л., Шира А.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье обсуждаются различные виды деятельности клинического ординатора, направленные на формирование компетентного врача-специалиста.

**Ключевые слова:** клиническая ординатура, виды деятельности, формирование врача-специалиста.

Клиническая ординатура – учебно-образовательная структура, служащая послевузовской подготовке врача-специалиста высокой квалификации. Актуальность профессионального медицинского послевузовского образования определяется необходимостью оказания высококвалифицированной специализированной помощи больным с заболеваниями той или иной системы, которые определяют высокую смертность и инвалидность среди населения. Профессиональная деятельность врача-специалиста требует специальных знаний, умений и навыков. Подготовка врача-специалиста по тому или иному разделу внутренних болезней должна проводиться на современном уровне, в соответствии с положениями Болонского соглашения.

Целью послевузовского профессионального образования врача-ординатора является подготовка квалифицированного врача-специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: первичной медико-санитарной помощи, неотложной; скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также высокотехнологичной медицинской помощи [1]. В ординатуру принимаются врачи, имеющие высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия». Обучение очное. Продолжительность обучения составляет 2 года.

Послевузовское профессиональное образование врача-ординатора включает следующие задачи, выполнение которых призвано за 2 года обучения сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи [4]. В клинической ординатуре необходимо сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-специалиста, обладающего клиническим мышлением,

хорошо ориентирующимся в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин. Сформировать умения в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно – диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов, способного успешно решать свои профессиональные задачи. Планируется подготовить врача-специалиста, владеющего практическими навыками и врачебными манипуляциями, применяемыми у больных с заболеваниями внутренних органов и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи, совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии [3]. Для стандартизации обучения в клинической ординатуре разработана программа послевузовского профессионального образования по специальности, включающая учебный план, рабочие программы дисциплин (модулей), программу практики. В рабочих программах дисциплин (модулей) выделяют: а) обязательные дисциплины: специальные дисциплины, смежные дисциплины, фундаментальные дисциплины и дисциплины по выбору ординатора; б) факультативные дисциплины. Каждая дисциплина подразделяется на разделы, каждый раздел – на темы, тема – на элементы, каждый элемент – на подэлементы. В программе практики предусмотрены: практика в стационаре в специализированном отделении, а также в общетерапевтическом отделении; практика в отделении или лаборатории функциональной диагностики; практика в блоке интенсивного наблюдения; практика в поликлинике. Основная цель практики – закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения врача-ординатора, и формирование профессиональных компетенций врача-специалиста, т.е. приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач. В содержании основной образовательной программы послевузовского профессионального образования практика составляет 65% учебного времени. Работа в клинике врача-ординатора направлена на глубокое освоение специальности, изучение клинического подхода к больному, овладение современными методами клинического обследования и комплексного лечения больных в том числе высокотехнологичных. В стационаре врачи-ординаторы выполняют диагностическую и лечебную работу, участвуют в клинических разборах, обходах и различных обследованиях курируемых больных. В поликлинике врачи-ординаторы выполняют функции врача – специалиста. В случае необходимости, учитывая уровень базисных знаний, актуальность задач подготовки врача-специалиста кардиолога, по усмотрению заведующего кафедрой могут быть внесены изменения в распределение учебного времени,

предусмотренного учебными планами программы, в пределах 15% от общего количества учебных часов.

С целью повышения эффективности обучения в клинической ординатуре кроме клинической работы в различных ее формах, приведенных выше, на кафедре внутренних болезней используются иные виды деятельности, не являющиеся строго обязательными в соответствии с программой обучения в клинической ординатуре, однако способствующие углублению знаний будущего специалиста. Клинические ординаторы выполняют научные исследования отчетливо практической направленности. Врач-специалист должен обладать общекультурными и профессиональными компетенциями, которые характеризуются способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности врача-специалиста. Клинические ординаторы обязательно принимают участие в клинических, патологоанатомических и научных конференциях, поскольку высококвалифицированный специалист должен отличаться способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, публичной речи, ведению дискуссии и полемики, редактированию текстов профессионального медицинского содержания. Программа обучения клинического ординатора предусматривает подготовку к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, сотрудничеству и разрешению конфликтов, к толерантности [2]. С этой целью клинические ординаторы привлекаются к педагогическому процессу на кафедре.

Таким образом, обучение в клинической ординатуре включает многие различные виды деятельности, направленные на формирование высококвалифицированного врача-специалиста.

### **Литература**

1. Безюк Н.Н. Современные требования, предъявляемые к качеству оказания медицинской помощи //Медична газета «Здоров'я України ХХІ сторіччя». – 2008. - №5. – С. 36-37.
2. Кембел А. Медицинская этика.- М. ГЭОТАР – Медиа 2010.
3. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология.- М.:ГЭОТАР – Медиа 2010.
4. Фитьмова А.А. Теоретические аспекты развития профессиональной мотивации у будущих медиков /А.А.Фитьмова //Материалы. IV Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Научный потенциал студенчества в ХХІ веке» Том второй. Общественные науки. г. Ставрополь: СевКавГТУ, 2010. 405 с.

THE FORMING OF THE DOCTOR-SPECIALIST IN APPOINTMENT AS HOUSE-SURGEON  
Kolomiyets V.V., Podoliaka V.L., Shira A.L.  
M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** Different kinds of house-surgeon activities, oriented to forming of competent doctor-specialist are discussed in the article.

**Key words:** house-surgeon, kinds of activities, forming of the doctor-specialist.

ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ: ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ  
ПРЕПОДАВАНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Коломиец В.В., Томаш О.В., Пивнев Б.А., Томаш Л.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье изложены некоторые практические аспекты преподавания гастроэнтерологической патологии в рамках поликлической терапии в соответствии с особенностями структуры, диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** поликлическая терапия, гастроэнтерология, функциональные заболевания, инструментальная и морфологическая диагностика, пилорический хеликобактер, реабилитация.

Врач амбулаторно-поликлического звена в своей практической деятельности ежедневно сталкивается с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые по распространённости занимают 2-е место в структуре терапевтической патологии и, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, имеют тенденцию к росту [3]. В связи с этим преподавание данной темы должно учитывать целый ряд важных нюансов, характерных для оказания лечебно-диагностической помощи этой категории пациентов в условиях поликлиники.

Во-первых, следует отметить, что наиболее распространённые симптомы и синдромы, традиционно рассматриваемые в рамках патологии ЖКТ (абдоминальная боль в различных её вариантах, тошнота, рвота, нарушения аппетита и стула, метеоризм и т. д.), отличаются крайне низкой специфичностью [1]. В связи с этим работу с пациентом необходимо начинать с дифференциальной диагностики, направленной на верификацию хирургических (прежде всего, острых) и онкологических заболеваний (особенно рака желудка и колоректального рака ввиду их распространённости). В рамках онконастороженности уместно обсуждение «симптомов тревоги», или «красных флагов» (alarm symptoms, red flags).

Второй особенностью гастроэнтерологической патологии является абсолютное доминирование в её структуре функциональных заболеваний, прежде всего, функциональной диспепсии, дискинезии жёлчного пузыря и жёлчевыводящих протоков, синдрома раздражённой кишки. Поэтому необходимо чётко озвучить дефиниции указанной патологии и акцентировать внимание на её принципиальных отличиях от органических заболеваний ЖКТ. Кроме того, требует отдельного разъяснения эфемерность и потому неправомочность таких «традиционных» для национальной практики клинических диагнозов, как «хронический гастрит», «хронический спастический/атонический колит/энтероколит» и некоторых других [2].

Среди дополнительных методов обследования пациентов с патологией ЖКТ особое место ввиду своей информативности занимают инструментальные методики: эндоскопия (фиброзофагогастродуодено- и фиброколоноскопия), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, современная



рентгенодиагностика (компьютерная и магниторезонансная томография). В связи с этим необходимо активно использовать в учебном процессе рентгенархив, эндоскопический и сонографический фотовидеоархив, а также непосредственное ознакомление с сонографическими и эндоскопическими методиками в кабинетах УЗИ и эндоскопии.

Отдельного упоминания заслуживает широкий спектр гастроэнтерологической патологии, ассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori* (Hр). Диагностика Hр и адекватная эрадикационная терапия являются не только обязательными условиями эффективного лечения Hр-зависимых заболеваний, но и абсолютно необходимы в рамках первичной и вторичной профилактики пептических гастродуоденальных язв, гастропатии, ассоциированной с приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов, и дистального рака желудка [4]. В эндоскопическом кабинете студентов следует ознакомить с простой и наглядной методикой проведения уреазного теста с гастробиоптатом.

Для постановки диагноза целого ряда заболеваний ЖКТ обязательной является морфологическая диагностика. Без неё невозможно верифицировать наличие пищевода Барретта, определить характер эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудка, оценить тяжесть и распространённость хронического гастрита как этапа желудочного канцерогенеза, не говоря уже о воспалительных заболеваниях кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона). В связи с этим необходимо обсудить принципиальные морфологические характеристики упомянутой патологии.

С учётом хронического течения практически всего спектра заболеваний ЖКТ пациенты с данной патологией нуждаются не просто в лечении, а в широком комплексе реабилитационных мероприятий. Особенно это актуально для наиболее распространённой функциональной патологии, традиционно рассматриваемой в контексте психосоматических нарушений. При составлении плана лечения таких больных студенты должны не только ориентироваться в принципах лекарственной терапии, но и иметь представление о немедикаментозных воздействиях (модификация образа жизни, физиотерапевтические методики, лечебная физкультура, психотерапия).

Использование указанных аспектов в преподавании позволит студентам не только формулировать предварительный диагноз того или иного заболевания ЖКТ, но и осознанно составлять план диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, учитывая при этом как существующие международные и национальные стандарты, так и реальные возможности амбулаторно-поликлинического этапа оказания медицинской помощи.

### **Литература**

1. Ведущие синдромы в гастроэнтерологии: уч. пособие / А.Э. Дорофеев, Н.Н. Руденко, О.В. Томаш, Т.В. Мягкова. – Д.: Донбасс, 2012. – 172 с.
2. Передерий В.Г., Ткач С.М. Доказательная медицина и эффект запаздывания в украинской гастроэнтерологии. // Сучасна гастроентерол. –

2004. - №3. - С. 4-7.

3. Романова М.М., Зуйкова А.А. Анализ гастроэнтерологической патологии, пищевого статуса, фактического питания среди населения по данным посещений Центра здоровья. // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – №2. – С. 151-155.

4. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al.; European Helicobacter Study Group. Management of Helicobacter pylori infection - the Maastricht IV/ Florence Consensus Report. // *Gut*. – 2012. – Vol. 61(5). - P. 646-664.

#### POLYCLINIC THERAPY: SOME ASPECTS OF TEACHING OF GASTROENTEROLOGY

Kolomiets V.V., Tomash O.V., Pivnev B.A., Tomash L.A.

M. Gorkiy Donetsk national medical university

**Summary.** The article presents the practical aspects of teaching of gastroenterological pathology as part of polyclinic therapy, according to the structural features, diagnosis and treatment of diseases of the gastrointestinal tract in an polyclinic setting.

**Keywords:** polyclinic therapy, gastroenterology, functional disorders, instrumental and morphological diagnostics, Helicobacter pylori, rehabilitation.

УДК 616:808.2:001.4

#### ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ЯЗЫК КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ - МЕТАФОРИЧЕСКИЕ ОБРАЗЫ

Косенкова-Дудник Е.А., Якобчук А.В., Парамонова Т.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра анатомии человека и латинского языка

**Резюме.** Данная работа затрагивает некоторые аспекты развития профессионального языка медицинской науки. В статье рассматриваются принципы словообразования на основе классических языков и пути формирования метафорических наименований в общей системе профессионального языка медицины. Метафорические наименования классифицированы по общим характеристикам и принципам словообразования. Также анализируется роль античной культуры в развитии профессиональных медицинских терминов.

**Ключевые слова:** клиническая терминология, терминологический элемент, метафора.

Клиническая терминология – это довольно подвижная часть терминологической системы медицинской науки. Условия этой подвижности, продуктивности терминологических элементов создает постоянное развитие науки, возникновение новых понятий, новых методов исследования, диагностической аппаратуры, новых направлений в науке.

Особое место в системе клинической терминологии занимают термины, которые сложились исторически как метафоры, то есть слова, употребляющиеся в переносном значении, основанном на образном подобии. Основу для образных сравнений при образовании таких терминов могли давать сходство по форме и другим внешним признакам, функции или внешним проявлениям, цветовые ассоциации. Так, термин *cancer* - рак, сформированный на основе латинского *cancer* и греческого *karkinos* еще в древние времена, был связан с некоторым сходством раковой опухоли молочной железы с контуром речного рака [6].

Термины, сложившиеся как метафоры, можно разделить по их общим

признакам на следующие группы: - термины, основанные на сходстве по форме, очертаниям или другим внешним признакам; - термины, основанные на цветовых ассоциациях; - термины, основанные на сходстве по функции или каким-либо внешним манифестациям.

Так, к первой группе, можно отнести термины: *elephantiasis* – элевантиаз, слоновость (от греческого *elephas* – слон), *leoantiasis* – леонтиаз, львиный образ лица у больного проказой (от греческого – лев). Внешнее сходство лежит в основе и таких терминов как *diphtheria* – дифтерия (от греческого *diphthera* – кожа, пленка, выделанная шкура), или *sarcoma* – саркома, опухоль, напоминающая на разрезе сырое мясо рыбы (от греческого *sarx* – рыбае мясо) [2]. В термине *ranula* – ранула (уменьшительное от латинского *rana* – лягушка) отражено сходство подъязычной ретенционной кисты с гортанным пузырем лягушки. На внешнем сходстве построены также термины *pectus carinatum* – “куриная грудь”, рахитическая грудная клетка (от латинского *pectus* – грудь и *carina* – выступ груди вперед у птиц), *hordeolum* – ячмень на веке (уменьшительное от латинского *hordeum* – ячмень) и другие.

Большинство терминов, основанных на цветовых ассоциациях, содержат в своем составе терминологические элементы, обозначающие какой-либо цвет. Например: *leucoderma* (от греческого *leukos* – белый и *derma* – кожа) – белые пятна на коже, *xanthoma* (от греческого *xanthos* – желтый) – фиброма с желтоватой окраской [1].

Среди таких терминов есть также названия, не называющие цвет, а построенные исключительно на ассоциации. Так, термин *anthrax* – сибирская язва (от греческого *anthrax* – уголь), построен чисто ассоциативно. Основу для такой ассоциации дает угольно-черный цвет струпа сибирской язвы. Ассоциативную основу имеет и термин *icterus* – желтуха, состояние организма, сопровождающееся желтой окраской кожи (от греческого *icteros* – желтая птица) [1].

Еще одну группу терминов, построенных как метафоры, составляют термины, основанные на внешних манифестациях, ощущениях или сходству по функции. Эту группу терминов можно проиллюстрировать такими примерами как хорей – *chorea*, амфорическое дыхание – *amphorophonia*, аура – *aura* и другими. Так, термин хорей – быстрые, размашистые произвольные движения (вид гиперкинеза) происходит от греческого слова *choreia* – пляска, танец. Произвольные движения при этом заболевании действительно напоминают пляску. Греческое *aura* означает дуновение ветерка. Клинический термин “аура” – ощущение дуновения – точно передает ощущение, предчувствие приближения эпилептического приступа. Дыхательный шум, который выслушивается над кавернами, похож на звук, получающийся при быстром прохождении струи воздуха над пустой бутылкой. Этот особый дыхательный шум получил название *amphorophonia* (от греческого *phone* – звук и *amphora* – сосуд, кувшин).

Особую группу составляют термины, сформированные на основе ассоциаций с мифологическими образами. Названия болезней и болезненных

состояний часто основывались на античной мифологии. Так, мифологический образ лежит в основе термина *cyclopia* – циклопия, одноглазие. Циклоп (греческое *Kyclops*) – мифический великан с одним круглым глазом по середине лба. В клинической медицине – это врожденное уродство развития, приводящее к одноглазю плода. Поныне действующим остается клинический термин “голова Медузы” – *caput Medusae*. Медуза – мифическое чудовище подземного царства [4]. Соответственно древнегреческому мифу на голове Медузы вместо волос были змеи. Клинический термин “голова Медузы” обозначает характерное расширение околопупочных вен передней брюшной стенки, образующееся при застоях крови в воротной вене. Повод для такого сравнения и для создания такого термина дают змеевидные жгуты волос на голове мифической Медузы. На ярких мифологических образах построен и термин *hermaphroditismus* – двуполость. В мифологии Гермафродит – двуполое существо, сын богов Гермеса и Афродиты. Отсюда греческое *hermaphroditos* – двуполый [3].

По мере развития медицинской терминологии, особенно в XIX веке, в ней начинают появляться термины, взятые из современных языков – английского, французского и других, например, “*криз*” (от французского *crise* – перелом), “*круп*” (от английского *croup* – хриплое карканье), “*малярия*” (от итальянского *malaria* – нездоровый воздух). Но до настоящего времени количество таких терминов остается незначительным [5].

Анализируя состав терминов, их происхождение, можно убедиться, что терминология – это в том числе и система ярких, образных наименований, оживляющих и разнообразящих терминологическую систему медицины. Метафорические термины раскрывают особый мир образных сравнений, рождавшихся в умах ученых. Они помогают войти в систему терминов, разнообразить и расширять свои знания. Знание истории медицины, истории развития терминологии, истории создания медицинских терминов способствует более глубокому усвоению и осмыслению этих терминов, а вместе с ними и явлений, которые им соответствуют. Это приводит, вместе с расширением общего образовательного уровня, к глубокому пониманию диагностического смысла клинических терминов, к развитию клинического мышления.

### Литература

1. Александровский Б.П., Соколовский В.Г. Словарь клинических терминов (с переводным и толковым значением). – 4-е изд. – «Здоров`я» - Киев. – 1969. - 247 с.
2. Ботвинник Н.М. Мифологический словарь. 1965. – 299 с.
3. Козовик І.Я. Словник античної міфології. – 245 с.
4. Кун Н.А. Легенды и мифы Древней Греции. – М., 1975. – 463 с.
5. Латино-русский словарь. /Авт. сост. К.А. Тананушко. ООО «Издательство Аст» Мн.: Харвест, 2002. – 1040 с.
6. Энциклопедический словарь медицинских терминов в 3-х томах /Гл. ред. Б.В. Петровский – М.: Советская энциклопедия, 1984.

Kosenkova-Dudnyk E.A., Yakobchuk A.V., Paramonova T.I.  
M. Gorky Donetsk national medical university  
Department of human anatomy and Latin language.

**Summary.** The paper touches upon some aspects of the development of professional language of medical science. It considers the principles of word-building on the base of classical languages and ways for generating metaphoric names in the whole system of medical professional language. Metaphoric names are classified according to their common features and principles of composition. The role of ancient culture in developing professional names of medicine is also analyzed.

**Key-words:** clinical terminology, word-building component, metaphoric names.

УДК 616-006-097+615.373

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ ВАКЦИН ПРИ ИЗУЧЕНИИ ТЕМЫ «ИММУНООНКОЛОГИЯ»

Костецкая Н.И.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

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

**Ключевые слова:** иммунитет, вирусы, бактерии, вакцины.

Иммунная система способна защитить человека практически от любых патогенов и даже от его собственных вредных клеток. Поэтому уже многие годы ученые пытаются разработать эффективную антираковую иммунотерапию. В этой области наблюдается заметный прогресс – в частности, за счет совершенствования методов доставки лекарств. Представляется, что нацеленный транспорт активных веществ – это верный путь к исцелению организма.

Противораковый иммунитет состоит из нескольких ступеней. Его ключевыми шагами являются: узнавание антигена, презентирование антигена антигенпрезентирующими клетками, активация эффекторных клеток, перемещение их к опухолям, узнавание и уничтожение раковых клеток. Теоретически, каждый из этих этапов мог бы лежать в основе разработки лекарства. Важно также задуматься не только над фундаментальными основами приобретённого иммунитета, но и над тем, как механически доставить лекарство в нужное место в организме.

Когда обнаружили белки, теоретически способные служить антигенами и активировать иммунный ответ против опухолей, то оказалось, что целые молекулы использовать не совсем удобно. Для вакцин лучше брать фрагменты белков – пептиды. Они могут напрямую связываться с антигенпрезентирующими клетками, не требуя предварительной обработки, и довольно стабильны при хранении. В связи с этими преимуществами, вакцины, основанные на пептидах, проходят доклинические и клинические испытания. На данный момент главной проблемой таких вакцин является их слабая иммуногенность и непродолжительность действия. Отчасти первое затруднение объясняется тем, что белки раковых клеток все-таки произведены организмом-хозяином, и Т-клетки на них реагируют слабо. Многие проблемы

иммуностимулирующих вакцин сейчас пытаются решить с помощью совершенствования способов их доставки в организм.

Одним из вариантов транспорта лекарств являются наночастицы из синтетических материалов. Есть такие вещества, которые, попав в организм человека, начинают постепенно разлагаться. Внутри частицы из такого материала можно поместить биологически-активные вещества – например, антигены. Тогда после деградации защитного слоя (но не раньше!) лекарство попадет в кровь. У частицы может быть несколько слоев. Тогда разрушаться прослойки материала будут постепенно, и активные молекулы будут поступать в организм этапами в течение длительного времени. Таким образом, достигается продолжительная терапия после одноразовой вакцинации. Совместно с антигеном в синтетический носитель обычно упаковывают адьюванты – вещества, усиливающие иммунный ответ (обычно это антигены каких-либо распространенных бактерий). Они «злят» иммунную систему, делая ее более агрессивной. Адьювант будет работать наиболее эффективно, находясь неподалеку от антигена раковых клеток, поэтому их совместная доставка необходима (что и достигается путем помещения антигена и адьюванта в один носитель). Для антираковых вакцин хорошими адьювантами признаны вещества, активирующие Толл-подобные рецепторы (TLR) – важный компонент врожденного иммунитета, за открытие которых вручена Нобелевская премия 2011 года. TLR чувствуют опасные патогенные сигналы и вовлечены в первую очередь в систему врожденного иммунитета. Интересно, что они также играют ключевую роль в индукции приобретённого иммунитета, и поэтому вещества, их активирующие, широко применяются в вакцинах.

Новые горизонты в раковой иммунотерапии могут открыться после определения новых, уникальных для каждого пациента антигенов с помощью секвенирования. Этот подход может значительно увеличить эффективность лечения, потому что мутированные белки, которых нет в нормальных клетках, но есть в раковых, вызывают сильный иммунный ответ. Также может оказаться эффективным использование нескольких иммуностимулирующих подходов одновременно.

#### **Литература.**

1. Fan Y. and Moon J.J. (2015). Nanoparticle drug delivery systems designed to improve cancer vaccines and immunotherapy. *Vaccines (Basel)*. 3, 662–685;
2. Starnes C.O. (1992). Coley's toxins in perspective. *Nature*. 357, 11–12;
3. Rosenberg S.A., Yang J.C., Restifo N.P. (2004). Cancer immunotherapy: moving beyond current vaccines. *Nat. Med.* 10, 909–915;
4. Jung S., Unutmaz D., Wong P., Sano G.-I., De los Santos K., Sparwasser T. et al. (2002). In vivo depletion of CD11c+ dendritic cells abrogates priming of CD8+ T cells by exogenous cell-associated antigens. *Immunity*. 17, 211–220.

TOPICAL APPLICATION OF IMMUNOSTIMULATORY VACCINES IN STUDYING THE TOPIC "IMMUNOKOLOGIYA"

Kostetskaya NI

УДК 616.98:578.82НIV]-07-084-092

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕМЫ: «ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ - ИНФЕКЦИИ» ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ

Костецкая Н.И.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

**Резюме.** Рассматриваются основные аспекты патогенеза, диагностики и профилактики ВИЧ-инфекции.

**Ключевые слова:** инфекция, иммунитет, лимфоциты, белки.

На сегодня вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) – самый изученный из всех вирусов. О ВИЧ опубликовано более 200 тысяч научных статей. За 30 лет мы узнали его строение, эпидемиологию, жизненный цикл, функции его белков и многое другое. 10 ключевых фактов наших знаний об этой инфекции – от фундаментальной науки до медицины следующие.

1. ВИЧ заражает лимфоциты-хелперы, которые регулируют иммунный ответ. Смерть этих клеток ведет к дерегуляции иммунитета – его чрезмерной активации и одновременно неспособности фокусироваться на патогенных микроорганизмах.

2. ВИЧ наносит удар по иммунной системе в течение первых недель инфекции, но симптомы нарушения иммунитета в среднем проявляются через 8 лет в виде синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Это происходит, когда иммунная система, до этого лихорадочно восполняющая потери лимфоцитов-хелперов, истощается и проигрывает борьбу с вирусом.

3. ВИЧ принадлежит к семейству ретровирусов, роду лентивирусов. Частицы ВИЧ содержат геном в виде двух копий РНК, которые вирус превращает в ДНК после проникновения в клетку. Эта ДНК встраивается вирусом в ДНК клетки хозяина и остается там до смерти клетки.

4. Лентивирусы существуют миллионы лет и были найдены у кроликов, кошек, лошадей и ряда африканских обезьян. ВИЧ проник в человеческую популяцию от шимпанзе примерно 100 лет назад в западной Африке.

5. ВИЧ передается через кровь, при сексе или от матери к ребенку при родах. В быту, при поцелуях, укусах и рукопожатиях ВИЧ не передается. Не передается он и комарами.

6. Было разработано более 20 лекарств, останавливающих репликацию ВИЧ (это больше, чем для любого другого вируса). Лекарства снижают количество вируса в крови до ничтожного уровня и предотвращают СПИД. Также лекарства позволяют предотвратить передачу вируса от матери к ребенку при родах и при грудном вскармливании.

7. Встроившись в ДНК клетки, ВИЧ иногда переходит в латентную форму, которая никак себя не проявляет, а потому ни лекарства, ни иммунная

система не могут на него повлиять. В таком виде он может существовать десятки лет. Из-за латентных вирусов лекарства от ВИЧ приходится принимать всю жизнь. В организме переставшего принимать лекарства человека вирус выходит из латентной формы, и болезнь развивается снова. Для предотвращения устойчивости к лекарствам при лечении их применяют по три одновременно.

8. В мире 33 миллиона человек живут с ВИЧ, из них больше половины – женщины. Несмотря на огромный прогресс в предотвращении ВИЧ-инфекции (во многих странах эпидемия идет на спад) и лечении СПИДа (больше 5 миллионов человек получают лекарства), каждый год 2 миллиона человек умирают от СПИДа, потому что не имеют доступа к лекарствам.

9. Инфекция ВИЧ не предотвращает суперинфекцию, повторное заражение уже зараженного человека. Для большинства вирусов этого не происходит, потому что иммунный ответ против первого вируса защищает организм от повторной инфекции.

10. Обратная транскрипция, копирование генома вируса из РНК в ДНК, является одним из самых сложных репликационных стратегий вирусных геномов: иницируется в разных местах для + и - цепей, требует двух прыжков с одного конца генома на другой, использует три разных ферментативных активности (выполняемых одним белком), и в результате ДНК-копия оказывается длиннее РНК-матрицы.

11. ВИЧ мутирует не чаще многих других вирусов. Но он так устроен, что гораздо большая часть этих мутаций не вредит ему. Именно это свойство, а также упомянутая выше рекомбинация, позволяют ВИЧ так быстро эволюционировать.

12. Наружная часть белка оболочки ВИЧ может почти неограниченно меняться, внутренняя же часть, спрятанная от иммунной системы, выполняет функцию слияния с клеткой. Белок использует двух-ступенчатое распознавание клетки-мишени – сначала распознается рецептор, это дает сигнал белку «открыться» и позволяет внутренней части белка оболочки связаться с корецептором, с помощью которого вирус и проникает внутрь клетки. Мало меняющаяся часть белка, против которой иммунная система могла бы действовать, обнажается лишь на секунды.

### **Литература.**

1. Ярославцева Н.Г. Генно- и серотипирование- два подхода к изучению изменчивости ВИЧ-1 // Гематология и трансфузиология. - 2000.- № 2. - С. 19-25.

2. СПИД. Разочарования и надежды // Здоровье. - 2000. - август. - С. 36-38.

3. Кац М.Г. Проблема профилактики ВИЧ-инфекции среди лиц, недавно подвергшихся риску инфицирования при половом контакте // Международный журнал медицинской практики. - 1999. - № 7. - С. 44-51.

4. Дмитриев В. ,Шейбак В.В. Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции (СПИДа) // Военномедицинский журнал. - 1997. - № 6. - С. 22-26.

5. ВИЧ-инфекция: Подходы к лечению // Клиническая фармакология и терапия. - 1997. - № 2. - С. 7-10.



MAJOR ASPECT N TOPICS: "PATHOGENESIS, DIAGNOSIS AND PREVENTION OF HIV - INFECTION" FOR STUDENTS OF MEDICAL AND DENTAL FACULTIES

Kostetskaya NI

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The main aspects of the pathogenesis, diagnosis and prevention of HIV infection.

**Keywords:** infection, immunity, lymphocytes, proteins.

УДК 616.12-073.7+378.244.3

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ ПО ЭКГ- ДИАГНОСТИКЕ У СТУДЕНТОВ ШЕСТОГО КУРСА НА КАФЕДРЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Кривонос Н.Ю., Майлян Д.Э., Ермакова Е.Я.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье обсуждается возможность повышения эффективности обучения студентов 6-го курса ЭКГ диагностики с помощью тестовых заданий, включающих ситуационную задачу, изображение ЭКГ и вариантов методов лечения, что позволяет подготовить студентов к непосредственной работе с больным и интерпретацией ЭКГ, а также выбором дальнейшей тактики лечения.

**Ключевые слова:** ЭКГ-диагностика, ситуационная задача, тестовый контроль

Преподавание внутренних болезней в медицинском университете сталкивается с рядом трудностей, связанных, прежде всего, с тем, что этот сложный предмет приходится «укладывать» в тесные рамки ограниченного количества учебных часов. Новые условия высшего медицинского образования предъявляют особые требования к качеству учебного процесса. Это делает необходимым использование новых педагогических приемов и технологий, позволяющих совершенствовать систему образования.

Одним из таких стандартизированных методов является тестирование. В педагогике оно выполняет три основные взаимосвязанные функции: диагностическую, обучающую и воспитательную [1].

Главной задачей преподавания на клинических кафедрах медицинского вуза являются формирование устойчивой базы теоретических и практических компетенций по программе дисциплины. При этом в процессе преподавания большое значение придается проведению текущего и заключительного контроля полученных знаний. Проведение ежедневного тестового контроля достаточно эффективно для текущего и заключительного контроля знаний студентов и объективно отражает динамику накопления и сохранения теоретических и практических компетенций. Необходимость ежедневной подготовки дисциплинирует обучающихся, приводит к осознанию необходимости интеграции уже имеющихся теоретических знаний в плоскость практической медицины [2].

Кафедра внутренних болезней оснащена компьютерным классом, в котором проводится текущий и итоговый контроль уровня знаний студентов.

Компьютерное тестирование является наиболее стандартизированным и объективным методом контроля и оценки знаний [3].

Так, на цикле кардиологии большое внимание уделяется изучению электрокардиографии (ЭКГ). Исходя из положения о том, что каждый врач терапевт должен владеть ЭКГ-диагностикой, на шестом курсе количественному учету подвергается умение каждого студента самостоятельно записать и интерпретировать ЭКГ.

Традиционное применение основного метода обучения на кафедре внутренних болезней - подробный клинический разбор истории болезни «тематического» больного (от навыков общения до установления диагноза) и соответственно интерпретация ЭКГ. Однако наш опыт показал, что интерпретация ЭКГ больного «вживую» вызывает у студентов трудности, видимо, связанные с наличием у многих больных сопутствующей патологии, которая мешает концентрироваться на основном диагнозе. Поэтому нами было решено использовать вначале тестовый тренинг, а только затем переходить к разбору патологии на ЭКГ непосредственно у больных.

Методика проведения практических занятий, принятая в ДонНМУ, подразумевает использование для всех видов контроля тестов формата А. Они состоят из условия задания (клинической ситуации), вводного вопроса и серии из 5 вариантов ответов (обычно одного верного и четырех дистракторов-отвлекающих ответов). Тестируемый при решении такого задания должен выбрать наиболее правильный ответ. Мы решили использовать «критериально-ориентированный педагогический тест», который представляет собой такую систему заданий, позволяющая измерить уровень индивидуальных учебных достижений относительно полного объема знаний, навыков и умений, которые должны быть усвоены обучаемыми по конкретной дисциплине [4]. Нами был сделан акцент на обязательном использовании в начале теста ситуационной задачи.

Пример 1.

Студент Л., 19 лет обратился в мед. пункт университета с жалобами на внезапно возникшее сердцебиение. Приступы возникают раз в год. На снятой ЭКГ ритм синусовый, частота-125/мин, отклонение ЭОС вправо, интервал PQ (112 мс), комплекс QRS (124 мс), «ступенька» перед комплексом QRS, инверсия зубца Т в большинстве отведений. Через несколько минут после снятия ЭКГ приступ закончился.

Какой диагноз можно предположить у больного по данным ЭКГ?

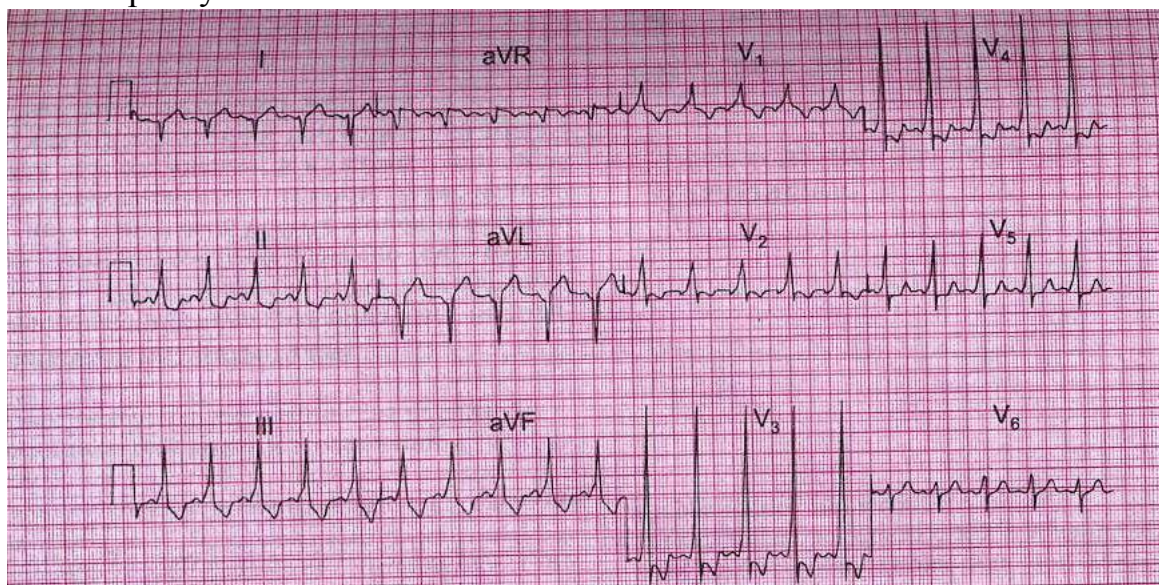
- А. Желудочковая пароксизмальная тахикардия
- В. Синусовая тахикардия
- С. Вегетососудистая дистония (симпато-адреналовый криз)
- Д. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, тип А
- Е. Синдром Лауна-Ганонге-Левина

В данном примере тест формата А направлен на формирование умения диагностировать синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. При этом дано его полное словесное описание. Данный тест соответствует тестовому формату тип-А и с его помощью можно проверить умение студентов шестого курса диагностировать синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. После обсуждения

теоретических вопросов на семинарах, самостоятельной расшифровки и обсуждения с преподавателем ЭКГ с данной патологией большинство студентов справляются с решением данного теста. Преподаватель считает, что студенты усвоили материал, однако при проведении итогового контроля, выясняется, что у части студентов, успешно решавших подобные тесты, связанные с диагностикой патологии по данным ЭКГ, возникают трудности и как результат более низкий процент правильных ответов.

Поэтому следующим этапом на пути совершенствования тестовых заданий было использование помимо текста, «картинки» реальной ЭКГ, которая дополняла ситуационную задачу[5]. Подобный тест представлен в примере 2.

Студент Л., 19 лет обратился в мед. пункт университета с жалобами на внезапно возникшее сердцебиение. Приступы возникают раз в год. На снятой ЭКГ ритм синусовый, частота-125/мин, отклонение ЭОС вправо, интервал PQ (112 мс), комплекс QRS (124 мс), «ступенька» перед комплексом QRS, инверсия зубца Т в большинстве отведений. Через несколько минут после снятия ЭКГ приступ закончился.



Какой диагноз можно предположить у больного по данным ЭКГ?

- A. Желудочковая пароксизмальная тахикардия
- B. Синусовая тахикардия
- C. Вегетосудистая дистония (симпато-адреналовый криз)
- D. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта, тип А
- E. Синдром Лауна-Ганонге-Левина

Визуализируя тестовое задание, мы ставили целью выработать у студента умение находить патологические изменения на ЭКГ, интерпретировать их и соотносить с ситуационной задачей. Результатом явилось улучшение владением навыками расшифровки ЭКГ у студентов. На итоговом занятии по циклу кардиология с данным тестом справлялось 92% учащихся.

Студентам шестого курса помимо постановки диагноза, необходимо указать дальнейшую тактику лечения больного, поэтому мы считаем необходимым применительно к вышеописанной ситуационной задачи

предлагать следующее тестовое задание (Пример 3.)

Что делать в данной клинической ситуации

- A. Наружная электрическая кардиоверсия
- B. Аспирин, гепарин,  $\beta$ -блокаторы
- C. Имплантировать постоянный кардиостимулятор
- D. Абляция aberrантного проводящего пути
- E. Метаболическая терапия

Таким образом, обучение студентов 6-го курса электрокардиографической диагностике более эффективно в случае использования ситуационных клинических задач одновременно с визуализацией электрокардиограмм и выбора дальнейшей тактики лечения применительно к данному клиническому случаю.

### Литература

1. Андрющенко И.В., Малинина Е.В. Инновационные обучающие технологии клинической кафедры //Высшее образование в России. -2013.-№1.-С89-92.
2. Коровин А.Я., Базлов С.Б., Соколенко Г.В. Оценка эффективности тестового контроля на клинической кафедре //Международный журнал экспериментального образования.-2014.-№4.-С.132-134.
3. Организация дистанционного обучения в вузе: теория и практика / Е.И. Горбунова, И.Г. Кривский, М.В. Литвиненко [и др.]; под общей ред. С.Л. Лобачева. – Шахты: Изд-во ЮРГУЭС, 2007. – 324 с.
4. Пасховер И.Л. Педагогический тест как инструмент системы оценки и контроля качества образования //Народное образование. Педагогика.-2011.-№4.-С.176-185.
5. Дядык А.И., Багрий А.Э., и др. Особенности тестов для текущего контроля знаний на практических занятиях по электрокардиографии у врачей-интернов //Складні питання в практиці внутрішніх хвороб.-2012.-С.37-40.

### IMPROVEMENT OF KNOWLEDGE IN CONTROL TEST ECG DIAGNOSIS OF THE STUDENTS SIXTH COURSE AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE

Kryvonos NY, Mailyan DE, Ermakova EY  
M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The article discusses the possibility of increasing the effectiveness of student learning 6-year ECG diagnosis using test items, including situational problems, ECG and image treatment options, allowing you to prepare students to work directly with patients and interpretation of the ECG, as well as a choice of further tactics of treatment.

**Key words:** ECG diagnosis, situational problems, test control

УДК 616-092:378.095(477.62-21)

### ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ им.М.ГОРЬКОГО

Крюк Ю.Я., Ельский В.Н., Линчевская Л.П., Бондаренко Н.Н., Кривобок Г.К., Стрельченко Ю.И., Пищулина С.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Статья дает представление о дисциплине «Клиническая патофизиология», ее месте в системе пред- и постдипломного обучения врачей.

В ней освещены задачи дисциплины, вопросы интеграции с другими дисциплинами, основные цели преподавания клинической патофизиологии, в результате изучения которой слушатели курса должны овладеть навыками патофизиологического анализа клинических синдромов и патогенетического подхода к лечению и профилактике заболеваний.

**Ключевые слова:** клиническая патофизиология, совершенствование преподавания, интеграция.

Патологическая физиология принадлежит к числу основных медико-биологических дисциплин, обеспечивающих теоретическую подготовку врача, формирующих его научное мировоззрение и врачебное мышление, характер его взглядов на сущность болезненного процесса. Ее задача состоит в изучении особенностей течения жизненных процессов в больном организме и установлении общих закономерностей происхождения, развития, течения и исхода патологических процессов, формировании взглядов врача на сущность болезненного процесса как одной из форм жизнедеятельности организма и его взаимоотношений с окружающей средой. Преподавание предмета «патологическая физиология» традиционно ведется на 3 курсе и с каждым годом совершенствуется.

Одним из основных направлений совершенствования преподавания патофизиологии в Донецком медуниверситете является межкафедральная интеграция в осуществлении изучения студентами основных вопросов общей патологии со смежными кафедрами. Для этого проведена работа в рамках методической комиссии по преподаванию медико-биологических дисциплин по коррекции рабочих программ курса патологической физиологии на всех факультетах с учётом возможности интегрирования учебного процесса с кафедрами патологической анатомии, фармакологии, пропедевтики внутренних болезней, общей хирургии. В кафедральных рабочих программах на разных факультетах обязательно предусматривается профилизация преподавания предмета в соответствии с общей врачебной специализацией как в лекционном курсе, так и на практических занятиях.

Изучение эффективности учебного процесса, его интеграции по горизонтали и вертикали, профилирование относительно будущей специализации врачебной деятельности показало, что есть достаточно обоснованная необходимость в дополнительном углублении и расширении преподавания патофизиологии на преддипломном и постдипломном периода высшего медицинского образования. С этой целью введено преподавание такой дисциплины как «Клиническая патофизиология», которая имеет цели:

- дать характеристику патофизиологических процессов с учетом данных нормальной физиологии;
- рассмотреть основы патофизиологических и биохимических тестов, используемых в диагностике;
- изложить патофизиологические принципы выбора методов лечения заболеваний;
- показать патофизиологические основы диагностики и лечения заболеваний на примере конкретных клинических случаев.

Новая Федеративная Образовательная Система (ФОС) предусматривает преподавание клинической патофизиологии как бы в три этапа:

- студентам старших курсов;
- врачам – интернам различных специальностей;
- врачам – курсантам факультета последипломного образования.

Имеется ввиду прежде всего лекционный курс по наиболее важным вопросам общей патофизиологии и типовых патологических процессов, который за последнее время обогащен современными данными экспериментальной медицины и клинической патофизиологии. Лекции эти посвящены также наиболее важным вопросам патофизиологии органов и систем организма. Кроме этого, предусмотрены практические и семинарские занятия по соответствующим разделам

Задачами клинической патофизиологии является формирование у обучающихся умения эффективно решать профессиональные врачебные задачи на основе патофизиологического анализа данных о патологических процессах, состояниях, реакциях и заболеваниях с использованием знаний об общих закономерностях и механизмах их возникновения, развития, течения и исхода, а также формулировать принципы (алгоритмы, стратегии) и методы их выявления, лечения и профилактики; формирование методологической, методической и практической базы рационального мышления и эффективного профессионального действия врача.

В результате освоения дисциплины «Клиническая патофизиология» обучающийся должен знать основные понятия общей нозологии; роль причин, условий, реактивности в возникновении, развитии, течении и исходе заболеваний; причины и механизмы типовых патологических процессов, состояний и реакций, их проявления и значение для организма при развитии различных заболеваний; причины, механизмы и основные проявления типовых нарушений органов и систем организма; этиологию, патогенез, проявления и исходы наиболее частых форм патологии органов и физиологических систем, принципы их этиотропной и патогенетической терапии; значение патофизиологии для развития медицины и здравоохранения.

Слушатели курса клинической патофизиологии должны уметь решать профессиональные задачи врача на основе патофизиологического анализа конкретных данных о патологических процессах, состояниях, реакциях и заболеваниях; проводить патофизиологический анализ клинико-лабораторных данных и формулировать на их основе заключение о наиболее вероятных причинах и механизмах развития патологических процессов (болезней), принципах и методах их выявления, лечения и профилактики; анализировать проблемы общей патологии и критически оценивать современные теоретические концепции и направления в медицине; интерпретировать результаты наиболее распространенных современных методов диагностики; решать ситуационные задачи различного типа; анализировать данные лабораторных, функциональных, клинико-физиологических методов

исследований; обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний.

Изучение курса клинической патофизиологии поможет слушателям овладеть навыками системного подхода к анализу медицинской информации; принципами доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений; навыками анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем в норме и при патологии; основными методами оценки функционального состояния организма человека, навыками анализа и интерпретации результатов современных диагностических технологий; навыками патофизиологического анализа клинических синдромов, обосновывать патогенетические принципы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний.

PRIMARY PURPOSES AND TASKS OF CLINICAL PATHOPHYSIOLOGY TEACHING IN  
M. GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Kryuk Yu.Ya., Jelski V.N., Linchevskaya L.P., Krivobok G.K., Bondarenko N.N.,  
Pischulina S.V., Strelchenko I.I.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The article gives the picture about «Clinical pathophysiology» discipline, its place in the system of students and postgraduate education.

The tasks of discipline, questions of integration with other disciplines, primary purposes of clinical pathophysiology teaching, are explained in it. As a result of study the listeners of course should acquire pathophysiology skills analysis of clinical syndromes and pathogenetic method of approaching of treatment and prophylaxis of diseases.

**Keywords:** clinical pathophysiology, perfection of teaching, integration.

УДК 616-092:378.095(477.62-21)

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПАТОФИЗИОЛОГИИ  
В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Крюк Ю.Я., Ельский В.Н., Линчевская Л.П., Кривобок Г.К., Бондаренко Н.Н.,  
Пищулина С.В., Стрельченко Ю.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме:** В статье освещены проблемы преподавания клинической патофизиологии студентам старших курсов, врачам-интернам различных специальностей и врачам-курсантам факультета последипломного образования.

В содержание дисциплины «Клиническая патофизиология» включены наиболее актуальные вопросы особенностей течения жизненных процессов в больном организме в соответствии с профилированием относительно специализации врачебной деятельности.

**Ключевые слова:** клиническая патофизиология, содержание дисциплины, пред- и постдипломная подготовка врача.

В связи с введением Федеративной Образовательной системы в Донецком национальном медицинском университете предусмотрено преподавание такой ранее не существующей дисциплины как «Клиническая патофизиология». При этом она будет преподаваться в три этапа:

- студентам старших курсов

- врачам-интернам различных специальностей
- врачам-курсантам ФИПО

Объем дисциплины для студентов старших курсов лечебного и педиатрического факультетов составляет 72 часа (2 кредита). В том числе 14 часов лекций, 34 – практических занятий и 24 часа – самостоятельная работа студентов. В содержание дисциплины «Клиническая патофизиология» включены следующие актуальные темы:

Синдром полиорганной недостаточности: понятие, общая характеристика, виды, фазы развития, патогенетические компоненты. Цитокины и антицитокины как медиаторы СПОН. Принципы и методы диагностики, лечебно – профилактические мероприятия. Хроническое воспаление, общие закономерности развития.

Гипертермический синдром. Гипотермические состояния. Искусственная гипбернация. Патофизиология ответа острой фазы: белки острой фазы, основные медиаторы, проявления, роль в защите организма.

Типовые нарушения иммуногенной реактивности организма. Иммунопатологические синдромы. Наследственность, изменчивость и патология. Наследственные заболевания.

Типовые нарушения тканевого роста. Опухоль: основные этиологические факторы опухолей, механизмы трансформации нормальной клетки в опухолевую, основные виды опухолевого атипизма, механизмы антибластомной резистентности, значение ее депрессии в возникновении и развитии опухолей. Опухолевая кахексия, механизмы метастазирования. Патофизиологические основы профилактики и терапии опухолевого роста.

Нарушения пуринового обмена. Подагра. Причины, факторы риска, механизмы нарушения обмена мочевой кислоты, принципы лечения и профилактики. Уратурия новорожденных. Типовые формы нарушения обмена веществ. Гиперазотемия. Белково – калорийная недостаточность.

Постреанимационная болезнь. Особенности этиологии, патогенеза. Синдром острого поражения легких (СОПЛ). Патофизиология экстремальных и терминальных состояний. Коллапс. Шок. Кома.

Наркомании и токсикомании: общая характеристика, этиология, общие звенья патогенеза. Алкоголизм: патогенез физической и психической зависимости, характеристика алкогольной кардиомиопатии, патофизиологические механизмы.

Патофизиология системы крови. Нарушения системы эритроцитов. Эритроцитозы. Анемии. Нарушения системы лейкоцитов. Лейкоцитозы. Лейкопении. Лейкемоидные реакции. Гемобластозы. Геморрагический и тромботический синдромы. Тромбогеморрагические состояния. ДВС – синдром.

Типовые формы патологии системы кровообращения. Артериальные гипертензии (первичная и вторичные). Особенности гемодинамики, осложнения и последствия. Артериальные гипотензии: виды, причины, механизмы развития. Гипотоническая болезнь. Сердечная недостаточность, ее



формы, проявления. Некоронарогенные повреждения миокарда. Нарушения функции сердца при патологии перикарда. Коронарная недостаточность. Ишемическая болезнь сердца: формы, причины, механизмы развития. Сердечные аритмии: виды, причины, механизмы и электрокардиографические проявления.

Патофизиология печеночной энцефалопатии. Синдром печеночной недостаточности: причины, проявления, методы диагностики. Печеночная кома: этиология и патогенез.

Типовые формы патологии почек. Почечная недостаточность. Мочевой синдром. Нефротический синдром. Гломерулонефриты: виды, проявления, принципы лечения. Острая почечная недостаточность: формы, этиология, патогенез, стадии, принципы лечения. Хроническая почечная недостаточность. Уремия.

Типовые формы патологии эндокринной системы. Патология надпочечников. Синдром и болезнь Иценко – Кушинга. Острая и хроническая надпочечниковая недостаточность. Болезнь Аддисона. Гиперфункция мозгового слоя надпочечников.

Типовые формы патологии нервной системы. Патофизиология боли. Отек мозга: причины, патогенез, проявления и принципы терапии.

Преподавание клинической патофизиологии врачам – интернам ведется по следующим специальностям: терапия (36 часов), неврология (36 часов), педиатрия (40 часов), детская хирургия (36 часов), рентгенология (36 часов), ЛОР-болезни (36 часов), психиатрия (24 часа), хирургия (18 часов), фтизиатрия (18 часов), патанатомия (16 часов), эпидемиология (17 часов), бактериология (16 часов), неонатология (9 часов) инфекционные болезни (9 часов). Большинство специальностей имеет как лекционные часы, так и практические занятия и семинары. По отдельным специальностям проводятся только практические занятия (детская хирургия) и некоторые представлены только лекциями (фтизиатрия, неонатология, инфекционные болезни).

Тематика лекций и практических занятий охватывает фундаментальные вопросы дисциплины (типичные патологические процессы и патофизиология органов и систем организма). Причем, акценты ставятся в зависимости от специальности (т.е. преподавание профилируется).

Из раздела «Типовые патологические процессы» разбираются проблемные вопросы таких наиболее эволюционно – древних и наиболее часто встречающихся процессов как гипоксия, воспалительная реакция, вопросы иммунопатологии.

Патофизиология органов и систем организма включает в себя основные вопросы изменения состава периферической крови как при системных заболеваниях крови (анемии, гемобластозы), так и при симптоматических ее изменениях (лейкоцитозы, лейкопении при различных заболеваниях). Тромбогеморрагическое состояние. ДВС – синдром. Большое внимание уделяется вопросам патологии системы кровообращения: пороки сердца, сердечные аритмии, коронарная недостаточность, механизмы сердечной

недостаточности, нарушения сосудистого тонуса (гипо- и гипертензивные состояния). Разбираются вопросы расстройств альвеолярной вентиляции, кровообращения в легких, диффузионно – перфузионных отношений, дыхательной недостаточности, респираторного дистресс – синдрома.

Лекции и занятия по клинической патофизиологии предусмотрены также для курсантов факультета постдипломного образования различных специальностей: терапевтов, невропатологов, эндокринологов, хирургов, реаниматологов, педиатров, стоматологов и проч. Поэтому темы, освещаемые кафедрой, самые разнообразные и зависят от профиля специальности. В частности, подготовлены такие темы как «Реактивность организма и ее роль в развитии заболеваний», «Современные представления о механизмах аллергических реакций и основы их профилактики и лечения», «Молекулярно-генетические основы канцерогенеза», «Патофизиология терминальных состояний и принципы реанимации», «Достижения в области экспериментального и клинического изучения патогенеза травматического шока, его профилактики и терапии», «Патогенез ожоговой болезни и патогенетические основы ее лечения», «Патофизиология гипоксических состояний. Гипоксические повреждения головного мозга. Ишемии. Ишемические повреждения головного мозга. Патогенез. Принципы терапии», «Воспаление. Воспалительные и дегенеративные заболевания нервной системы. Общие представления о патогенезе болезни Альцгеймера, Паркинсона. Невриты, их причины, механизмы развития», «Экстремальные состояния. Коллапс. Кома. Черепно-мозговая травма», «Современные представления об этиологии и патогенезе сахарного диабета и методах его лечения», «Современные представления об этиологии и патогенезе гипертонической болезни и принципы ее патогенетической терапии», «Язвенная болезнь: этиология, патогенез, принципы лечения», «Дифференциальная диагностика различных видов желтух», «Общие вопросы патогенеза нарушений в ротовой полости»,

«Тромбоэмболическая болезнь и синдром ДВС», «Некоронарогенные некрозы миокарда, факторы риска в их возникновении», «Современные взгляды на механизм расстройств кишечного пищеварения и возникновения панкреатитов», «Острая и хроническая почечная недостаточность, их патогенез и механизмы клинических проявлений», «Острая и хроническая печеночная недостаточность, их патогенез и механизмы клинических проявлений», «Нейро-эндокринная регуляция функций организма и роль её нарушений в патогенезе расстройств при патологии различных органов», «Приобретенные нарушения функции половых желез, их роль в развитии расстройств функции центральной нервной системы», «Болезни цивилизации. Этиология и патогенез атеросклероза».

Предложенные формы пред- и постдипломной подготовки специалистов по клинической патофизиологии направлены, с нашей точки зрения, на совершенствование у слушателей общепатологического принципа подхода к пониманию частных проблем патологии человека и на этой основе способности

научного подхода к поиску методов профилактики и лечения заболеваний в конкретных условиях их врачебной деятельности.

EXPERIENCE OF CLINICAL PATHOPHYSIOLOGY TEACHING IN M. GORKY DONETSK  
NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Kryuk Yu.Ya., Jelski V.N., Linchevskaya L.P., Krivobok G.K., Bondarenko N.N.,  
Pischulina S.V., Strelchenko I.I.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** In the article the problems of clinical pathophysiology teaching are explained for the students of senior courses, doctors-interns of different specialties and doctors-students of postgraduate education faculty.

In «Clinical pathophysiology» discipline content the most actual questions of vital processes course features are included in a sick organism in accordance with profiling to medical activity specialization.

**Keywords:** clinical pathophysiology, discipline content, students and postgraduate education.

УДК 61:378.018.43:004.9

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ КАК НОВАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ  
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кучеренко Н. П., Бобровицкая А. И., Медведева В. В.,

Гончарова Л. А., Коваленко Т. И., Голосной Э. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Кафедра педиатрии и детских инфекций

**Резюме.** По результатам опроса 328 обучающихся установлено направление деятельности кафедры, связанное с внедрением новых форм обучения и дальнейшее формирование фонда, используемого в высшем профессиональном и непрерывном медицинском образовании будущих специалистов – детских инфекционистов путем использования новой формы обучения – дистанционного вида обучения. Усовершенствованы программно-технические сервисы кафедры. Организовано на более высоком уровне ознакомление педагогов и обучающихся о достижениях современной медицины, науки, отечественных и зарубежных электронных информационно-образовательных ресурсов при помощи сервисов системы интерактивного обучения.

**Ключевые слова:** последипломное образование, дистанционное обучение, курсанты, непрерывное медицинское образование, интерактивное обучение.

Интенсивный рост достижений науки и техники позволяет использовать различные технологии для новой формы образования, в частности, дистанционное обучение в системе высшей школы [1, 2, 3]. Дистанционное обучение — это обучение с использованием средств телекоммуникаций, когда субъекты обучения – педагог и обучающийся имеют пространственную или временную удаленность друг от друга, осуществляют общий учебный процесс [1]. Данный вид обучения по сравнению с «традиционным» имеет некоторые особенности: является индивидуальным – обучающийся не ограничен во времени, имеет возможность многократно изучать теоретический материал, выполнять практические задания, самостоятельно регулировать, распределять учебную нагрузку и график работы, использовать компьютер с выходом в

Интернет, получать в процессе обучения консультации наиболее опытных преподавателей и обсуждать вопросы на форуме [4, 5].

С учетом вышеизложенного, данную форму обучения следует шире использовать в высших учебных заведениях, особенно, при различных экстремальных ситуациях, а так же в условиях военного конфликта.

**Цель исследования** - оценить эффективность подготовки детских инфекционистов на кафедре педиатрии и детских инфекций Донецкого национального медицинского университета с использованием дистанционного вида обучения.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 328 обучающихся, из них интернов – 95,5 %, курсантов сертификационного цикла – 2,7 % и цикла тематического усовершенствования – 1,8 % .

Для выполнения поставленной цели осуществлялся социологический опрос обучающихся с использованием метода анкетирования о доступности учебных и научных ресурсов, размещенных в электронной базе кафедры педиатрии и детских инфекций.

**Результаты и обсуждение.** По результатам опроса обучающихся установлено направление деятельности кафедры педиатрии и детских инфекций, связанное с внедрением новых форм обучения и дальнейшее формирование фонда, используемого в высшем профессиональном и непрерывном медицинском образовании будущих специалистов – детских инфекционистов путем использования новой формы обучения – дистанционного вида обучения. Усовершенствованы программно-технические сервисы кафедры. Организовано на более высоком уровне ознакомление педагогов и обучающихся о достижениях современной медицины, науки, отечественных и зарубежных электронных информационно-образовательных ресурсов при помощи сервисов системы интерактивного обучения.

Нами установлено, что дистанционное обучение в условиях военного конфликта более эффективно и ориентировано на конечный результат, так как способствует не только усвоению знаний, но и развивает у обучающихся внутреннюю мотивацию к обучению (100%).

Дистанционное обучение следует признать как более совершенную версию заочного обучения, использующего возможности современных информационных технологий, что позволяет кафедре в условиях военного конфликта на высоком уровне организовать учебный процесс обучающихся, находящихся в вынужденных экстремальных условиях.

Особенностью последиplomного образования данного контингента на кафедре педиатрии и детских инфекций при использовании дистанционного вида обучения несомненно явились его гибкость – обучение в индивидуальном режиме (100%); модульность – формирование индивидуальной учебной программы; параллельность – обучение одновременно с профессиональной деятельностью (92%); адаптивность – возможность быстрого обновления учебного материала (88%).

Созданная на кафедре педиатрии и детских инфекций программа

дистанционного обучения цикла тематического усовершенствования, специализации и сертификационных циклов способствует повышению уровня профессиональной квалификации обучающихся, позволяет своевременно передать новейшую информацию в области методологии диагностики, клинической фармакологии, передовых лечебных технологий, обучает их практическому применению знаний и мерам профилактики детских инфекционных заболеваний.

Кроме того, с внедрением дистанционного обучения возникает необходимость у преподавателя изменять методы работы, касающиеся построения образовательного процесса, оценки обучения и методов обеспечения качества преподавания.

Таким образом, дистанционное обучение повышает значимость и роль преподавателя, делает его наставником, который координирует познавательный процесс, постоянно совершенствует методологию и методику последипломного образования, а также творческую активность и профессиональную квалификацию в соответствии инновациями в технологии обучения. Изучение детских инфекций, в частности, включает в себя комплекс гипертекстовых, текстовых документов (электронные лекции). Текстовый документ представлен иллюстративным материалом: таблицами, рисунками, схемами, алгоритмами диагностики и лечения, фотографиями, что позволяет обучающимся в наглядной форме лучше усваивать теоретический материал. Дистанционный тип обучения делает системы оценки знаний объективными и независимыми от преподавателя; мотивирует обучающихся к самостоятельному поиску решения поставленных перед ними задач с использованием Интернет-ресурсов, способствует повышению их социальной и профессиональной мобильности, социальной активности, кругозора и уровня самосознания.

**Выводы.** Дистанционная форма обучения экономически эффективна и позволяет более полно удовлетворить потребности обучающихся.

1) Использование электронных обучающих систем со средствами визуализации способствуют более успешному восприятию и запоминанию учебного материала, позволяет проникнуть глубже в существо познавательных явлений.

2) Кафедра педиатрии и детских инфекций, используя дистанционное обучение в системе последипломного образования педиатров-детских инфекционистов в условиях военного конфликта, осуществляет более эффективно профессиональную подготовку специалистов по сравнению с использованием традиционного метода обучения.

### **Литература**

1. Агранович, Н.В. Возможности и эффективность дистанционного обучения в медицине / Н.В. Агранович, А.Б. Ходжаян // *Фундаментальные исследования*. — 2012. — № 3-3. — С.545—547.

2. Белозерова Е. А. О дистанционном образовании / Е. А. Белозерова [и др.] // *Дистанционное обучение в электронном здравоохранении*. — 2007. — № 2.

3. Казаков В. Н. Дистанционное обучение в медицине / В. Н. Казаков, В.

Г. Климовицкий, А. В. Владзимирский. – Донецк: ООО «Норд», 2005. – 80с.

4. Шаповал, С.Д. Дистанционное обучение как организационная форма непрерывного профессионального развития врачей / С.Д. Шаповал, С.Н. Дмитриева, Ю.И. Решетиллов // Психолого-педагогический журнал гаудеамус. — 2010. — Т. 2, № 16. — С.92—93.

5. Яранцева, Н.Д. Дистанционное обучение: особенности внедрения в учебный процесс медицинского вуза / Яранцева Н.Д., Коневалова Н.Ю. // Беларусь и Россия: единое инновационное пространство (Актуальные проблемы образования и науки: теория и практика): сборник научных статей, посвященный 20-летию НОУ ВПО «Институт управления» (г. Архангельск). – Москва-Архангельск: Институт управления. – Ч. 2 «Образование и наука», 2013. – С. 208–212

#### DISTANCE LEARNING AS A NEW FORM OF TEACHING POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION

Kucherenko N.P., Bobrovitskaya A.I., Medvedeva V.V.,  
Goncharova L.A., Kovalenko T.I., Golosnoy E.V.  
M.Gorky Donetsk National Medical University  
The department of pediatric and children infections

**Summary.** In a survey of 328 students found activity of the department related to the introduction of new forms of learning and the further formation of the fund to be used in higher professional and continuing medical education of future experts - children's infectious diseases through the use of a new form of education - distance learning type. Improved software and technical services department. Organized at a higher level to introduce teachers and students about the achievements of modern medicine, science, domestic and foreign electronic information and educational resources with the help of interactive training services.

**Keywords:** postgraduate education, distance learning, students, continuing medical education, interactive learning

УДК 616-053.2:378.146+004.9:355.01

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Кучеренко Н.П., Налетов А.В., Москалюк О.Н., Чалая Л.Ф., Масюта Д.И.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье изложена информация об особенностях методологического и информационного обеспечения дистанционной формы обучения студентов в преподавании дисциплины «Педиатрия» на кафедре педиатрии и детских инфекций в условиях военного времени.

**Ключевые слова:** дистанционная форма обучения, педиатрия, военное время.

Проведение боевых действий в Донецкой области обусловило необходимость использования новой формы преподавания дисциплин студентам – при помощи дистанционного обучения. Для поддержки дистанционного обучения в ДонНМУ был развернут специальный сервер, работающий на открытой и наиболее популярной в мире платформе создания и проведения дистанционных курсов – Moodle. Дистанционная форма обучения

была использована для преподавания дисциплины «Педиатрия» на кафедре педиатрии и детских инфекций студентам (в том числе и англоговорящим) IV и V курсов медицинских факультетов в осеннем семестре 2014 года.

При разработке дистанционной формы обучения были использованы методические указания кафедры, лекционный материал, база тестовых и ситуационных заданий. Использование компьютерной графики, анимации, аудио- и видеоряда дало возможность сделать изучаемый материал максимально наглядным, понятным и запоминающимся. К каждой теме IV и V курсов были подготовлены информационные блоки, которые включали ряд разделов: определение, эпидемиология, этиопатогенез, классификация, клиническая картина, данные дополнительных методов исследования, принципы лечения, профилактика. Для тем V курса добавлялся раздел «Дифференциальная диагностика».

Материал информационных блоков соответствовал современным протоколам, излагался сжато, схематично. Если в теме изучалось несколько нозологических единиц, все они были описаны по указанной схеме. Студент имел возможность изучать рекомендуемую по теме занятия основную и дополнительную литературу (электронные версии учебников, книг, пособий и др.), размещенную на сервере в форматах PDF, DjVu или JPEG. Учебные материалы, отражающие основные положения и понятия темы, были представлены в форме интерактивных лекций. Лекции разбивались на разделы, после каждого из которых предлагался один или несколько вопросов по прочитанному материалу. В случае правильного ответа студент мог перейти к следующему разделу и продолжить изучение лекции; в случае неправильного – опять возвращался на предыдущую страницу, давалась новая попытка. Кроме того, курсы включали презентации Microsoft Power Point, видеофайлы в формате Flash Video. Изображения, фотографии и схемы были представлены в виде «Слайд-шоу».

Контроль знаний студентов проводили после изучения каждого информационного блока двумя способами: тестового контроля и решения ситуационного задания. При проведении тестирования программа сама выбирала случайным образом 10 тестов. Ответы студентов оценивались автоматически программой с выставлением оценки согласно критериям, заданным администратором сайта. На каждую тему было разработано 10 ситуационных заданий, которые для студента программа также выбирала случайным методом. Каждое задание содержало описание жалоб, анамнеза заболевания, семейного анамнеза (при необходимости), краткого описания объективных данных по всем органам и системам. Приводились данные лабораторных и инструментальных методов исследований. Объем задания – от ½ до 1 страницы. После каждого задания были сформулированы 5 вопросов, включающих диагностику заболевания, описанного в задании; указание причин и патогенетических механизмов патологического процесса, описание дополнительных методов обследования, принципов диетотерапии, лечения и профилактики данного клинического случая. Ответы на ситуационное задание

оценивал преподаватель кафедры с обязательными комментариями и при необходимости – обсуждением на форуме.

Использование дистанционной формы обучения на кафедре педиатрии и детских инфекций позволило обеспечить возможность удаленного обучения студентов в условиях максимальной безопасности, снизить стрессовый фон обучаемых при усвоении нового учебного материала и выполнении контрольных тестов и задач. Дистанционная форма обучения позволила студентам оперативно получать информацию об уровне своей подготовленности при помощи онлайн интернет-тестирования; дала возможность более углубленно изучить темы занятий в связи с наличием свободного и быстрого доступа к электронной базе учебной и методической литературы кафедры, справочным материалам; помогла большинству студентов освоить ряд навыков в работе с компьютером и интернет-ресурсами.

Таким образом, дистанционная форма обучения явилась необходимым этапом педагогического процесса в сложившихся объективных условиях. Внедрение дистанционной формы обучения в практику высшего медицинского образования обеспечивает формирование у студентов познавательной активности, самостоятельности, инициативности, свободы выбора, навыков самоконтроля, мотивации и овладения новыми знаниями. Накопленный опыт преподавания может быть применен как дополнение к очной форме обучения в высших учебных заведениях медицинского профиля и в мирное время.

#### THE USING OF THE DISTANCE FORM OF TEACHING ON DEPARTMENT OF PEDIATRICS AND CHILD'S INFECTIONS IN THE WAR-TIME

Kucherenko N.P., Nalyotov A.V., Moskalyuk O.N., Chalaya L.F., Masyuta D.I.  
M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The information about the features of the methodological and informative providing of the distance form of teaching on the department of pediatrics and child's infections in the war-time is expounded in the article.

**Key words:** distance form of teaching, pediatrics, war-time.

УДК: 613.2;616-021.3-053.2]+615.874.2

#### АКТУАЛЬНОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ДИЕТОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ СТУДЕНТАМИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Лесниченко Д.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** Представлены данные об актуальности изучения пищевой аллергии у детей студентами педиатрического факультета.. Описаны основные аспекты диетотерапии детей, страдающих аллергией к пищевым продуктам.

**Ключевые слова:** педиатрия, пищевая аллергия, диетотерапия.

Пищевая аллергия является одной из наиболее важных проблем в педиатрии, в частности детской аллергологии. Значительная распространенность пищевой аллергии, наличие определенных диагностических проблем в раннем выявлении и различные подходы к лечению и профилактике пищевой аллергии у детей среди педиатров и аллергологов



объясняет пристальное внимание исследователей к этой проблеме.

В настоящее время известны более 170 пищевых продуктов, способных вызвать развитие аллергических реакций и заболеваний. Аллергической активностью в пищевых продуктах обладают белки, гликопротеиды, реже полипептиды. Наибольшей аллергенной активностью обладают куриное яйцо и коровье молоко.

В структуре цикла «Иммунология» для студентов педиатрического факультета проблеме аллергии отведено 2 практических занятия, на которых студенты изучают вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики аллергических заболеваний.

Как известно, наиболее эффективным методом лечения пищевой аллергии является диетотерапия. Поэтому актуальность усвоения студентами-педиатрами основных аспектов диетотерапии у детей с пищевой аллергией трудно переоценить.

Проведение диетотерапии у детей с пищевой аллергией предусматривает элиминацию из питания причиннозначимых в ее развитии пищевых продуктов. При обострении аллергического процесса проводится исключение из питания высокоаллергенных и перекрестно реагирующих пищевых продуктов и осуществление замены исключенных продуктов переносимыми продуктами или лечебными смесями. По достижении клинической ремиссии болезни питательный рацион может быть расширен за счет ранее исключенных продуктов в случае достижения толерантности к ним.

Диетотерапии принадлежит важная роль в лечении пищевой аллергии у детей первого года жизни. Всемирной аллергологической организацией (WAO) представлены следующие рекомендации по диетотерапии пищевой аллергии у детей первого года жизни:

- ✓ Исключение из питания ребенка продуктов, вызывавших развитие аллергических реакций;
- ✓ Элиминация из питания матери продуктов, вызывавших развитие аллергической реакции у ребенка, находящегося на грудном вскармливании;
- ✓ Вскармливание находящихся на искусственном вскармливании детей с аллергией к белкам коровьего молока смесями на основе высокогидролизированных белков, а в тяжелых случаях пищевой аллергии, использование смесей на основе аминокислот;
- ✓ Детям с тяжелыми аллергическими реакциями на пищевые белки, а также с сопутствующей энтеропатией и мальабсорбцией, назначают смеси на основе высокогидролизированных белков, не содержащие лактозу и включающие среднецепочечные триглицериды;
- ✓ В случаях пищевой аллергии, не сопровождающейся нарушениями пищеварения и всасывания в кишечнике, рекомендуется назначение продуктов с выраженными гипоаллергенными свойствами на основе высокогидролизированных белков или смеси аминокислот.

Для вскармливания детей с аллергией к белкам коровьего молока

используют лечебные смеси на основе высокогидролизированных белков молочной сыворотки, смеси на основе гидролизованного казеина и аминокислотные смеси. При аллергии к белкам коровьего молока указанные лечебные смеси назначаются минимум в течение 6 месяцев или до достижения возраста 9-12 месяцев. Аминокислотные смеси являются оптимальными для детей с аллергией к белкам коровьего молока в случае непереносимости лечебных смесей на основе глубокого гидролиза белка, у детей с тяжелыми кожно-интестинальными проявлениями пищевой аллергии. Применение высокогидролизированных и аминокислотных смесей у детей с аллергией к белкам коровьего молока способствует купированию острых аллергических проявлений аллергии и достижению ремиссии болезни.

Смеси на основе соевого белка при хорошей их переносимости могут быть вариантом питания для детей старше 6 месяцев, плохо переносящих смеси на основе гидролиза белка.

При достижении хорошего эффекта от проводимой терапии детям с IgE-опосредованной пищевой аллергией введение ранее исключенного продукта можно осуществлять при отрицательном результате определения специфических IgE в сыворотке крови к этому продукту. При сохранении IgE-сенситизации соблюдение режима элиминационной диеты продлевается. Вопрос о расширении состава гипоаллергенного рациона у детей с не-IgE-опосредованной пищевой аллергией при отсутствии тяжелых аллергических реакций может быть решен на основании проведения открытой провокационной пробы. Детям с пищевой аллергией прикорм вводится в возрасте не ранее 5 месяцев и не позже 6 месяцев. У детей с пищевой аллергией старше года осуществляется элиминация из питания причиннозначимых в развитии болезни пищевых продуктов.

#### THE URGENCY OF STUDYING DIET THERAPY IN CHILDREN WITH FOOD ALLERGIES BY STUDENTS OF PEDIATRICS FACULTY

Lesnichenko D.A.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The data on the relevance of the study of food allergies in children students of pediatric faculty presented. The basic aspects of the dietary management of children with allergies to foods described.

**Key words:** pediatrics, food allergy, diet.

УДК: 612.017;378.018.49:004.9

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРЕПОДАВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Лесниченко Д.А.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

**Резюме.** Представлены данные об использовании на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии среды для дистанционного обучения студентов. Описаны основные разделы дистанционных курсов, их особенности и последовательность прохождения.

**Ключевые слова:** иммунология, аллергология, студенты, дистанционное обучение.

Процесс интенсивного развития интернет-технологий привел к широкому использованию глобальной сети как эффективного инструмента обучения, который получает все большую популярность во многих странах мира. Под дистанционным обучением имеется в виду процесс передачи и усвоения знаний, который происходит при взаимодействии отдаленных друг от друга участников обучения и создан на принципе работы современных технологий: компьютерных сетей, систем телеконференций, электронных учебных материалов, в том числе и мультимедийных, тестирующих программ и т.д., которые ориентируют студентов не только на усвоение готовых знаний, но и на творчески-поисковую деятельность. Эти технологии содействуют развитию интеллектуального и творческого потенциала студентов, аналитическому и критическому мышлению, самостоятельности в работе с разными источниками информации.

Использование дистанционных технологий обучения на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии ДонНМУ является реальной необходимостью и важным стратегическим направлением, которое позволяет увеличить доступность образовательных услуг обучающимся, существенно сократив для студентов время поиска и доступа к необходимой информации, а также материальные затраты при обеспечении высокой эффективности обучения.

Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии представлена дистанционными курсами обучения для студентов 3 (стоматологический факультет) и 5 (факультеты «Лечебное дело», «Педиатрия», «Медико-профилактическое дело», ММФ) курсов ДонНМУ им. М.Горького по специальностям «Иммунология» и «Эндокринология».

Каждый курс состоит из нескольких блоков: общая информация, лекционный блок, блок практических занятий.

Блок общей информации содержит в себе календарно-тематические планы лекций и практических занятий, перечни вопросов и практических навыков на итоговый контроль, а также представляющие собой элементы курса «Форум» новости и вопросы к преподавателям. При этом предусмотрена возможность обратиться за получением консультации по интересующему вопросу как ко всему коллективу кафедры, так и персонально к любому преподавателю кафедры.

Блок лекций содержит в себе все лекционные материалы, разбитые на темы в соответствии с календарно-тематическим планом лекций кафедры. Лекции представлены в основном в виде ресурса «Книга», что обеспечивает удобную для пользователя навигацию внутри лекции, а также позволяет разбить материал на компактные фрагменты для облегчения визуального восприятия лекции даже на экранах с малой диагональю.

Блок практических занятий разбит на темы в соответствии с календарно-тематическим планом практических занятий кафедры. Наполнение каждой темы представлено методическими указаниями для самостоятельной работы студентов, ссылками на открытые ресурсы, содержащие основную и

дополнительную литературу для изучения данной темы, интерактивной занятие, тестовые задания и задания для самостоятельной работы.

Методические указания выполнены в виде ресурса «Книга», позволяют студенту ознакомиться с актуальностью изучаемой темы, целями и содержанием обучения. Ссылки на литературу дают возможность ознакомиться как с необходимыми главами из учебников, но и со свежими научными статьями по теме, в том числе опубликованными сотрудниками кафедры.

Интерактивное занятие освещает основные разделы темы и разбито на небольшие смысловые фрагменты (страницы). Отличительной чертой данного элемента курса является наличие контрольных вопросов после каждых 2-3 страниц, что позволяет контролировать студентов усвоение материала. В случае неправильного ответа на вопрос обучающийся отсылается на несколько страниц назад для повторного изучения материала. Переход на следующую после контрольного вопроса страницу, в случае неправильного ответа на него, невозможен.

После прохождения интерактивного занятия студент приступает к компьютерному тестированию. Из заранее загруженного банка тестов по теме программа самостоятельно в случайном порядке выбирает заданное при подготовке курса количество тестовых заданий. Дистракторы в каждом тестовом задании также перемешиваются в случайном порядке. На решение каждого теста отводится 1 минута. После прохождения тестового контроля и занесения оценки в профиль студента, он имеет возможность просмотреть пройденные тесты и проконтролировать правильность ответов.

Задания для самостоятельной работы представляют собой ситуационные задачи с несколькими вопросами. Предусмотренная возможность ответов на вопросы в виде варианта «верно/неверно», множественного выбора, числового ответа, написания эссе и др.

#### USE OF DISTANCE LEARNING IN TEACHING OF CLINICAL IMMUNOLOGY FOR STUDENTS

Lesnichenko D.A.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The data on the use of the Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology environment for distance learning students presented. The basic areas of distance learning courses, their features and the sequence of passage described.

**Key words:** immunology, allergology, students, distance learning.

УДК: 612.017;378.147

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ В ПРЕПОДАВАНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ ИММУНОЛОГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Лесниченко Д.А.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

**Резюме.** Представлены данные об использовании на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии клинических ситуационных задач для студентов. Описаны варианты задач, формы их решения, преимущества использования ситуационных задач в подготовке специалистов.

**Ключевые слова:** иммунология, аллергология, студенты, ситуационные задачи.

Решение учебных заданий должно готовить студентов к будущей профессиональной деятельности. Для этого будущая деятельность особым образом имитируется, моделируется, разными способами «создаются условия обучения, адекватные реальным». Одним из видов учебных заданий, способствующих формированию клинического мышления, являются клинические ситуационные задачи. Ситуационная задача моделирует клиническую ситуацию и дает возможность показать теоретическую подготовку, практические навыки и умения и продемонстрировать свое клиническое мышление. Необходимость иметь в обучении задания, максимально приближенные к реальному диагностическому и лечебному процессу, связана с рядом объективных причин. В частности, не всегда представляется возможным подобрать пациентов, нозология которых соответствует тематике занятия. Например, отдельные формы врожденных иммунодефицитов, изучаемые в программе клинической иммунологии, имеют достаточно низкую частоту встречаемости, а лица, страдающие данной патологией, обычно являются детьми, и проходят стационарное лечение в детских клиниках. Аналогичная ситуация имеет место с рядом аллергических заболеваний (анафилактических шок, синдром Лайелла, сывороточная болезнь, отек Квинке) и другой патологией иммунной системы, которую далеко не всегда можно продемонстрировать студентам вживую.

Кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии располагает полным комплектом задач различной степени сложности, охватывающим все нозологические единицы, изучаемые в программе курса клинической иммунологии для студентов. Задачи представляют собой выписку из истории болезни реального больного, несколько упрощенную и адаптированную, со специально подготовленными вопросами, отвечая на которые студент должен разобраться в ситуации, поставить диагноз и назначить лечение пациенту. Возможны несколько вариантов ситуационных задач. Студент может получить описание жалоб, данных анамнеза и физикального обследования больного, после чего должен поставить предварительный диагноз и обосновать план обследования больного. После этого студент получает результаты лабораторного и инструментального обследования пациента (включенного в план обследования, определенный ранее). На основании полученных данных студент должен либо поставить диагноз и определить направления терапии и профилактики, либо определить необходимое дополнительное обследование, позволяющее сузить диагностический поиск и выйти на правильный диагноз. В другом случае студент получает необходимые для постановки диагноза результаты обследования пациента сразу, после чего выставляет диагноз и определяет направления лечебно-профилактических мероприятий в отношении больного. Имеются также задачи, в которых

представлены данные о результатах анализов и предложено лечение пациента, а студентам предлагается исправить либо дополнить имеющиеся данные.

Кроме того, в арсенале имеются ситуационные задачи по неотложным состояниям в иммунологии и аллергологии, в которых требуется определить план неотложных мероприятий для купирования кризисной ситуации.

На кафедре используются различные формы работы со студентами, проводится индивидуальное решение задач и групповое. В ходе группового решения задач содержание учебной деятельности выступает как средство общения, и при этом создаются благоприятные условия для межличностных отношений, интегрируется опыт участников учебной деятельности, создается творческий потенциал, происходит активизация потенциальных возможностей каждого студента и создаются доверительные отношения между студентами и преподавателем. Групповое решение задач существенно оптимизирует учебный процесс, повышает мотивацию студентов, способствует более полному использованию их интеллектуальных и эмоциональных возможностей с формированием профессионального сознания и мышления.

Таким образом, решение ситуационных задач призвано выработать следующие умения и навыки у студентов:

- работать с увеличивающимся и постоянно обновляющимся потоком информации в области медицины в целом, и иммунологии в частности;
- высказывать и отстаивать свою точку зрения;
- вырабатывать собственное мнение на основе осмысления теоретических знаний, практического опыта;
- самостоятельно принимать решения.

Таким образом, использование ситуационных задач в ходе обучения и контроля полученных знаний, развитие клинического мышления студентов медицинских вузов существенно дополняет работу с пациентами, расширяет возможности учебного процесса, способствует его оптимизации и повышает мотивацию студентов к изучению данного предмета.

#### CASE STUDY USING IN TEACHING OF CLINICAL IMMUNOLOGY FOR STUDENTS

Lesnichenko D.A.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The data on the use of the Department of Clinical Immunology, Allergy and Clinical Endocrinology situational problems for students. Variants of tasks, forms of their decision, the benefits of the use of case studies in the training.

**Key words:** immunology, allergology, students, situational problems.

УДК 614.21:378.147

#### ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

Лещенко Ю.С., Вакуленко С.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Данная статья посвящена, казалось бы, глобальному вопросу – здоровью

нации. Но мы раскрываем суть – спасение здоровья человечества в повышении физической активности, которая с развитием тотального прогресса оставляет желать лучшего.

**Ключевые слова:** физкультура, здоровье, нация.

*Закон - на улице натянутый канат,  
Чтоб останавливать прохожих средь дороги,  
Иль их сворачивать назад,  
Или им путать ноги.  
Но что ж? Напрасный труд! Никто назад нейдет!  
Никто и подождать не хочет!  
Кто ростом мал - тот вниз проскочит,  
А кто велик – перешагнет.*

Василий Жуковский, начало октября 1814 года (спустя 202 года, данное высказывание остаётся актуальным)

«Зачем вообще спасать здоровье, и кому нужна эта нация?». Вопрос однозначно глупый. Мы и есть – нация. Все разных возрастов, но есть те, которые только собираются родиться, есть те, которые еще даже не планируют. И о них мы обязаны думать. Во всем «Демократическом мире» индивидуализм играет ключевую роль, на физкультуру можно ходить 1 год из 4, либо отказаться от нее вовсе. Если такой подход наберет силу, вот тогда все, финишная прямая к победе над здравым смыслом и здоровьем человечества. Приведем в пример стран с самым высоким процентом ожирения среди населения. Везде демократический строй, однако на 2 и 7 государстве я не рекомендую акцентировать внимание. Так как Кирибати развивающееся государство, а Новая Зеландия – яркий пример слишком хорошей жизни.

1. Американское Самоа – 93,5%
2. Кирибати, 81,5 %
3. США, 66,7%
4. Германия, 66,5 %
5. Египет, 66 %
6. Босния-Герцеговина, 62,9 %
7. Новая Зеландия, 62,7 %
8. Израиль, 61,9 %
9. Хорватия, 61,4 %
10. Великобритания, 61% [1].

Цифра в конце каждого предложения – процент людей, страдающих ожирением. Для сравнения, КНР – Китайская Народная Республика. Процент ожирения не дотягивает до 20.

Если физкультуру убрать, и убрать оценку за этот предмет, то это равносильно подписанию смертного приговора нашим детям. Сейчас практически каждый (около 70% школьников) страдает нарушением осанки, часть детей становятся алкоголиками, не достигнув совершеннолетия, еще часть курит с детского сада, кто-то умирает от наркотиков [2, 3]. Другие ребята идут навстречу Смерти, почти не двигаясь (да, так тоже можно), они просто сутками сидят перед компьютерами, некоторые ускоряют процесс перееданием. Про спортсменов говорить не будем, так как в каждом новом поколении их в

несколько раз меньше, чем в предыдущем. Что остается? Конечно, вывод сам собой напрашивается. Нужно развивать физкультуру. Ведь это единственно правильный выход. Увеличить количество часов до максимально возможного. Сделать проходной бал 4, из 5-ти возможных, чтобы, не получив эту оценку, нельзя было перейти в следующий класс. Нужно ужесточить закон, уже имеющийся, составленный во времена СССР: «Каждый школьник обязан посещать физкультуру». Самое время опомнится, наряду с рождающимися больными детьми, еще, Слава Богу, рождаются здоровые, и их большинство! Так что, нужно и здоровым не дать возможности жить здоровыми? В детский сад можно не ходить, и это считается нормальным, часть ходит, часть не ходит. Но в школу ходят все. И ни у кого не возникает вопросов. Потому, что есть Закон. Нужно обязать учителей отвечать за непосещение физкультуры, привлечь к ответственности родителей. В Китае у детей к парте приделана дугообразная арматура, которая при неправильно сидении, или попытке лечь на парту давит им в область шеи. И волей неволей приходится сидеть с ровными позвоночниками. Искривление осанки минимально во всем Китае, где население почти 2 миллиарда. «О нет! Это не демократично!». Да, это действительно, и это правильно, и, соответственно, уже не демократично. Нужно стимулировать, нужно заставлять заниматься физкультурой. Спортсменам она не нужна, их как раз, можно освободить, она им ничего не даст кроме потери времени. Зато остальным она спасет жизни! И главное, законов можно придумать сотни и тысячи, но нужно чтобы они действовали. Детей, рождающихся с какой-либо патологией все больше и больше. Как долго нужно еще ждать, чтобы все поняли, что все зависит от каждого из нас?

В завершение, предлагаем свой вариант решения данной проблемы.

1. Физкультура - минимум 3 раза в неделю во всех учебных заведениях.
2. Ввести экзамены по данному предмету.
3. Начать жесткую пропаганду здорового образа жизни.
4. Финансировать спорт.
5. Проводить как можно больше спортивных мероприятий.
6. Периодически проводить собеседования со школьниками на эту тему.
7. Призывать к ответственности школьников, их родителей и учителей за невыполнение указанных правил.

Путем радикального решения этой проблемы, мы сможем спасти здоровое человечество!

### **Литература**

1. 10 стран с самым высоким уровнем ожирения среди населения [сайт] (ВОЗ) URL: <http://www.infoniac.ru/news/10-ctran-s-samym-vysokim-urovnm-ozhireniya.html> (дата обращения: 02.04.2016)
2. Нарушение осанки у детей и подростков [сайт] URL: <http://www.pozvonochnik.org/?view=carriage> (дата обрпщения: 02.04.2016)
3. Курение среди школьников, неутешительная статистика (ВОЗ) [сайт]



URL: <http://brosaem.info/kurenie-sredi-shkolnikov-neuteshitelnaya-statistika.php>  
(дата обращения: 02.04.2016)

## PEDAGOGICAL ASPECTS OF FORMATION OF THE NATION'S HEALTH

Leshchenko Y.S., Vakulenko S.I.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** This article focuses on a seemingly global issue - the health of the nation. But we reveal the essence - the salvation of mankind health enhancing physical activity, which is the development of a total of progress is poor.

**Keywords:** physical education , health , the nation.

УДК: 618.1/5:378.095

## ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ» В ВЫСШЕМ МЕДИЦИНСКОМ УЧЕБНОМ ЗАВЕДЕНИИ

Литвинова Е.В., Носкова О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** Представлены результаты изучения путей повышения эффективности учебного процесса в высшем медицинском учебном заведении. Актуальность исследования обусловлена насущной потребностью общества в подготовке врачей новой формации, сочетающих высокий уровень профессиональных знаний и умений с готовностью освоения и внедрения инновационных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Особое значение в современных условиях приобретает качество высшего медицинского образования, что обуславливает возникновение новых проблем, относительно обеспечения и усовершенствования алгоритма и качества обучения студенческой молодежи.

**Ключевые слова:** пути повышения, эффективность учебного процесса, высшее медицинское учебное заведение, медицинское образование, коммуникативные отношения, проблемное обучение.

Актуальность изучения путей повышения эффективности учебного процесса в высшем медицинском учебном заведении, в том числе по специальности «акушерство и гинекология» обусловлена насущной потребностью общества в подготовке врачей новой формации, сочетающих высокий уровень профессиональных знаний и умений с готовностью освоения и внедрения инновационных методов диагностики, лечения и профилактики гинекологических заболеваний, осложнений беременности, родов и послеродового периода [1].

Существенные изменения в системе политических и общественных отношений, предопределенные объективными тенденциями их усовершенствования и социально-экономическими превращениями, ставят, как жизненно необходимое требование, развитие высшего образования на гуманистических принципах. Особое значение в современных условиях приобретает качество высшего медицинского образования, что обуславливает возникновение новых проблем, относительно обеспечения и усовершенствования алгоритма и качества обучения студенческой молодежи по данной дисциплине.

Формирование мировоззрения, которое базируется на отношении к

человеку, как к наивысшей ценности, стимулированию гармоничного развития и проявлению творческого потенциала личности в труде - основа гуманизации современного медицинского образования. Но она может остаться набором добрых намерений, если на практике не принимать мер для повышения эффективности учебного процесса, улучшения условий взаимодействия преподавателя и студента, перевода студента на уровень активного субъекта учебного процесса [2, 15].

Привлечение студентов-медиков к решению актуальных проблем акушерства и гинекологии, связи новой информации с ранее приобретенными знаниями по другим базовым дисциплинам возможно только при условии эффективного сотрудничества и взаимодействия между научно-педагогическим коллективом и студентами. Следовательно, необходимо исследовать проблему взаимодействия преподавателя и студента, которая актуальна для решения, и сделать выводы относительно решения этой проблемы [4, 5, 11]. Значение учебы в ВУЗе в современном мире трудно переоценить, ведь дипломированному специалисту/магистру открываются многие возможности как для саморазвития, так и для труда на общее благо.

**Цель исследования:** изучение путей повышения эффективности учебного процесса на кафедре акушерства и гинекологии в высшем медицинском учебном заведении.

**Материал и методы.** В процессе пассивного наблюдения, сравнения и абстрагирования изучены особенности учебного процесса студентов старших курсов на кафедре акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М.Горького.

**Результаты исследования.** Существуют различные пути повышения эффективности учебного процесса в высшей школе. Одним из наиболее оптимальных и доступных путей является совершенствование коммуникативных отношений преподавателя и студента, правильная организация самостоятельной работы студентов, оптимальный выбор методов обучения, с учетом специфики будущей врачебной деятельности [15].

Не существует четких методик или указаний относительно повышения эффективности учебного процесса, которые были бы универсальными для каждого высшего учебного заведения. Их выбор зависит от условий, при которых он происходит, уровня активности студента данного ВУЗа, включения студентов в научно-исследовательскую деятельность и многих других факторов.

Следовательно, важным заданием преподавателя является объективная оценка состояния учебного процесса в данном ВУЗе и подбор именно тех путей для его совершенствования и интенсификации, которые повысят его эффективность в соответствии с закономерностями и принципами обучения конкретной специальности [13].

Закономерности учебы - это упорядоченность педагогических явлений, которая основывается на повторяемости фактов и отображает стойкие зависимости между элементами процесса учебы (целью, содержанием, средствами учебы, учебной деятельностью), а также его зависимость от

объективных, стойких внешних связей.

Существует немало трудов, посвященных исследованию закономерностей учебы. На основе их анализа можно утверждать, что учебный процесс в высшем учебном заведении характеризуется такими закономерностями [1, 6]:

➤ процесс и конечный результат обучения студента определяется общественными потребностями в специалистах высшей квалификации для динамических потребностей общества;

➤ эффективность учебного процесса зависит от учебно-методического и научного обеспечения, материальных, гигиенических, морально-психологических условий, при которых он происходит;

➤ процесс освоения профессиональных знаний предусматривает целеустремленное взаимодействие преподавателя и студента, и определяется единством их деятельности;

➤ обучение студентов-медиков на клинической кафедре является эффективным при условии внедрения в учебный процесс проблемных ситуаций и организации производственной практики;

➤ учебный процесс является эффективным благодаря активности студентов, от уровня которой зависит эффективность этого процесса;

➤ между целью, содержанием, методами и формами учебы существуют закономерные зависимости;

➤ успешность, темпы обучения и развития студентов зависят от объема включения студентов в учебно-познавательную деятельность на оптимальном, для каждого из них уровне изучения учебного материала.

К специфическим чертам учебного процесса следует отнести такие: изучается наука в целом, а не ее основы; сближаются самостоятельная работа студентов и научно-исследовательская работа преподавателей; в деятельности преподавателя высшей школы сочетаются научное и учебно-методическое направления; глубже выражается профессионализация дисциплин по сравнению со средней школой. Соблюдение совокупности принципов обеспечивает эффективность процесса учебы [12, 17]. В соответствии с современными представлениями можно выделить несколько универсальных коммуникативных методик, которые могут успешно использоваться в учебном процессе на кафедре акушерства и гинекологии [2, 8]:

1. Коммуникативные методы, направленные на стимулирование когнитивных процессов (решение проблемных заданий, моделирование клинических ситуаций, представленных в виде заготовок историй болезни по наиболее актуальным темам акушерства и гинекологии);

2. Коммуникативные методы, которые предусматривают использование интерактивных форм и приемов учебы, которые принимают во внимание интерес, мотивацию студентов к учебной и научно-исследовательской деятельности;

3. Коммуникативные методы, построенные на моделировании и имитации реальных или виртуальных ситуаций не только в профессиональной

деятельности, но и в трудных и конфликтных, кризисных ситуациях (применение ролевых игр, имитирующих неотложные состояния в акушерстве и гинекологии);

4. Коммуникативные методы, которые предусматривают четкое взаимодействие преподавателя высшей школы в пределах малой творческой группы студентов, по принципу единения индивидов с разным креативным и интеллектуальным потенциалом.

Во время применения этих коммуникативных методов сосредоточивают внимание на роли и функции преподавателя [2, 7, 10]:

➤ он является носителем необходимой для студентов информации по данной специальности во время изучения нового материала;

➤ выполняет функции наблюдателя, когда студенты работают в малых творческих группах и оказывает им индивидуальную консультационную помощь;

➤ преподаватель является консультантом в случаях, когда студенты работают над определенным проектом, ситуационным заданием и нуждаются советов и рекомендаций относительно содержания заданий;

➤ преподаватель во время осуществления научно-педагогической деятельности должен быть психологом и психофизиологом, определять настроение, самочувствие и активность студентов, уметь с помощью педагогических и психологических приемов поддерживать высокий уровень их физической и умственной работоспособности.

Эта роль преподавателя высшей школы принадлежит к основному перечню требований относительно гуманизации субъект-субъектных взаимоотношений в современном ВУЗе. Она требует от него глубоких знаний из психологии, педагогики, психофизиологии, валеологии, психогигиены, определенного опыта практического использования эффективных методов оптимизации учебного процесса [3, 9].

Каждая из педагогических теорий является достаточно сложной образовательной технологией, овладеть которой преподаватель может лишь в условиях профессиональной подготовки и практики [1, 5]. Возникает проблема эффективного приложения преподавателем личностного подхода и организации познавательной деятельности в высшем учебном заведении. Для этого он должен владеть знаниями основных закономерностей развивающей учебы и умениями применять их в учебном процессе.

В первую очередь, должна измениться основная форма организации учебы - лекция, которая выстраивается через сопоставление разнообразия позиций и идей, когда закладываются основы для внутреннего диалога, личностного самоопределения, ценностного осмысления знания по акушерству и гинекологии.

В контексте личностного саморазвития, как основы высшего медицинского образования, в новом осмыслении нуждается методика проведения семинарских и практических занятий по изучаемой дисциплине, поскольку в ней заложены весомые потенциальные возможности их

дальнейшего личностного развития как будущих врачей общей практики и акушеров-гинекологов. Приобретая начальный опыт из анализа принципов и процессов существующей действительности, в условиях компетентной поддержки студенты способны продолжать самостоятельные исследования [4].

Более разнообразной и состязательной, сориентированной на глубокую личностную привлеченную студентов должна стать методика проведения семинарских и практических занятий, с учетом будущей специализации врача: дискуссии, "диспуты", "дебаты" как соревнования в построении аргументации при постановке диагноза и выбора лечения гинекологического заболевания или определения тактики ведения родов в зависимости от предлагаемой акушерской ситуации, диалоги с практиками, решения сложных клинических ситуаций по неотложным состояниям в акушерстве и гинекологии [11, 17].

Таким образом, совершенствование процесса обучения в высшем медицинском учебном заведении является актуальной и насущной проблемой в системе высшего профессионального образования, которая имеет реальные и доступные пути решения.

**Выводы.** Внедрение мероприятий, относительно повышения эффективности учебного процесса на кафедре акушерства и гинекологии в медицинском ВУЗе, улучшения коммуникаций между преподавателем и студентом, перевод студента на уровень активного субъекта учебного процесса является основой гуманизации современного профессионального образования.

Совершенствование процесса обучения студента-медика является необходимым условием развития личности студента, не только как будущего специалиста, но как высокообразованной, интеллектуально развитой личности, способной стать субъектом своей деятельности и управлять своим собственным развитием, с учетом общечеловеческих ценностей, требований общества и собственных интересов.

Эффективность процесса обучения зависит от преподавателя, ведь он задает основу сотрудничества со студентом, находит подход к его сознанию, используя новые педагогические технологии.

Сохранение и развитие учебно-познавательной активности студентов, при изучении клинических дисциплин, может быть достигнуто путем внедрения в учебный процесс инновационных методов проведения теоретических и практических занятий.

### **Литература**

1. Андреев А.А. Педагогика высшей школы (новый курс). - М., 2002.
2. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования. / Под ред. Е.С. Полат. М. 2002.
3. Маркова А.К., Матис Т.А., Орлов А.Б. Формирование мотивации учения. - М.: Просвещение, 1990.
4. Буланова-Топоркова М.В. Педагогика и психология высшей школы. - Ростов-на-Дону.: "Феникс", 2006.
5. Вербицкий А.А. Активное обучение в высшей школе: контекстный подход. - М.: Высшая школа, 1991.
6. Дьяченко М.И., Кандыбович Л.А., Кандыбович С.Л. Психология высшей

школы. - М.: Харвест, 2006.

7. Кроль В.М. Психология и педагогика. - М.: Высшая школа, 2004.

8. Основы педагогики и психологии высшей школы / Под ред. Петровского А.В. - М., 1986.

9. Самоукина Н.В. Психология и педагогика профессиональной деятельности. - М.: ЭКМОС, 1999.

10. Смирнов С.Д. Психология и педагогика высшего образования: от деятельности к личности. 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Издат. центр "Академия", 2007.

11. Инновационная политика высшего учебного заведения (Под ред. Федосовой Р.Н.). - М.: Экономика, 2006.

12. Коржуев А.В., Попков В.А. Традиции и инновации в высшем профессиональном образовании. - М.: издательство Московского университета, 2003.

13. Лобанов А.П., Дроздова Н.В. Компетентностный подход как новая парадигма студентоцентрированного образования. - М.: РИВШ, 2007.

14. Филиппов В. - М., Агранович Б.Л., Арсеньев Д.Г. Управление в высшей школе: опыт, тенденции, перспективы. - М.: Логос, 2006.

15. Шпаковская Л.М. Политика высшего образования в Европе и России. - М.: НОРМА, 2007.

16. Янушкевич Ф. Технология обучения в системе высшего образования. - М., 1994.

#### WAYS TO INCREASE THE EFFECTIVENESS OF EDUCATIONAL PROCESS IN THE SPECIALTY "OBSTETRICS AND GYNECOLOGY" IN HIGHER MEDICAL SCHOOL

Litvinova EV, Noscova OV

M. Gorky Donetsk State Medical University

**Summary.** The results of the study of ways to improve the educational process in higher medical education. The relevance of the study due to the urgent needs of society in the preparation of the new formation of doctors, combining a high level of professional knowledge and skills with a willingness to develop and implement innovative methods of diagnosis, treatment and prevention of diseases. Of particular importance in the present conditions the quality of higher medical education, that gives rise to new problems concerning the maintenance and improvement of the algorithm and the quality of students learning.

**Keywords:** ways to increase the efficiency of the educational process, medical school, medical education, communication relationships, problem-based learning.

УДК: 616.1/5+378.147.88+371.333

#### РОЛЬ УЧЕБНЫХ ФИЛЬМОВ И ФАНТОМНОГО КУРСА В ОСВОЕНИИ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

Литвинова Е.В., Носкова О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** Опыт кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького свидетельствует о новых возможностях учебных фильмов для стандартизации и освоения практических навыков. Работа в фантомном центре позволяет студентам изучить практические и теоретические вопросы акушерства и гинекологии, приобрести основные клинические практические навыки, способствует улучшению качества подготовки будущих врачей.

**Ключевые слова:** практические навыки, акушерство и гинекология, обучающий

видеофильм, фантомный курс.

В основе улучшения качества современных медицинских технологий лежат стандартизированные процедуры, которые разработаны на принципах доказательной медицины [1]. Особое значение на клинических кафедрах медицинского ВУЗа приобретает организация обучения конкретным практическим навыкам, необходимым в будущем студентам в клинической практике.

На кафедре акушерства и гинекологии Донецкого национального медицинского университета в качестве инструмента стандартизации практических навыков широко используются учебные фильмы. Для студентов 4, 5 и 6 курсов предложены видеофильмы, разработанные сотрудниками кафедры по ключевым навыкам акушерства и гинекологии, что имеет немаловажное значение при подготовке к практическим занятиям, итоговому контролю и государственным экзаменам. В перечень по акушерству входят обучающие фильмы по методам исследования беременных, ведению родов, первичному туалету и реанимации новорожденных, оперативному акушерству. Навыки по гинекологии представлены фильмами «Методика проведения осмотра в зеркалах» и «Методика проведения бимануального влагалищного исследования». Преподаватель предлагает просмотр студентам тематических роликов на практических занятиях, что способствует улучшению качества усвоения новой информации и повторению пройденного материала по изучаемой теме. Кроме того студенты могут самостоятельно пользоваться данными средствами информации при подготовке к занятиям или экзамену, так как весь перечень видеофильмов представлен на сайте кафедры акушерства и гинекологии для всеобщего пользования.

Наличие таких технических средств, как «стоп-кадр» и «повтор» позволяет качественно разделить всю процедуру практического навыка на шаги и, тем самым, создается контрольный перечень этапов. Преимущество имеют фильмы в цифровом формате, потому что это позволяет использовать большее количество технических способов обработки видео. Некоторые ключевые кадры могут служить материалом для слайдов и дополнением к контрольному перечню этапов. Такие иллюстрированные перечни могут также использоваться и для самостоятельной подготовки будущих докторов [2, 3].

Процесс овладения практическими навыками по акушерству и гинекологии начинается на занятиях с демонстрации, которая проводится в реальных клинических условиях в специализированных отделениях у постели больных или в видеозаписи. Во время демонстрации преподаватель сосредотачивает внимание слушателей на отдельных ключевых моментах проведения процедуры и объясняет свои действия. Студентам 4 курса, изучающим акушерство, имеется возможность проведения практических навыков, включающих специализированное акушерское исследование. У постели беременной под руководством преподавателя молодые доктора могут провести измерение живота и измерить костный таз, выполнить приемы по Леопольду, выслушать сердцебиение плода при помощи акушерского

стетоскопа. В то же время выполнение ряда навыков, таких как защита промежности, реанимация новорожденного и другие, возможно только на фантомном цикле с использованием муляжей.

Практика применения учебных фильмов в обучающем процессе предоставляет более широкие возможности для демонстрации, при этом не нужно уделять внимание восприятию студентами объяснений преподавателя. После демонстрации преподаватель обговаривает со слушателями каждый этап практического навыка и отвечает на вопросы. После того, как студенты теоретически усвоили все этапы, начинается процесс практического овладения навыками. Качественная демонстрация проведения процедуры служит моделью (эталон) стандартного выполнения [3]. Итогом обучения можно считать выполнение процедуры согласно контрольного перечня навыков за ограниченное время.

Одной из неотъемлемых составляющих обучения студентов 4 и 5 курсов по специальности «акушерство и гинекология» является формирование багажа практических навыков, получение и совершенствование которых невозможно без прохождения фантомного курса [4]. На каждом цикле группа учащихся имеет два занятия в центре практических навыков. На первом занятии студенты, выслушав объяснения, используя полученные на практических занятиях теоретические знания, а также информацию обучающих видеофильмов, тренируются на акушерских и гинекологических фантомах под руководством преподавателя. Повторное занятие проводится, как итоговый контроль усвоения техники выполнения необходимого перечня практических навыков по акушерству или гинекологии.

Учебные комнаты кафедры оснащены акушерскими фантомами, которые представляют собой наглядное учебное пособие, имитирующее женский таз и элементы родовых путей. Традиционный акушерский фантом представляет собой макет из пластмассы или папье-маше. Современные технологии позволяют усовершенствовать фантомный курс, максимально приблизив учебную ситуацию к реальному консультированию пациентки на приеме. В центре практических навыков используются муляжи, изготовленные из материалов, имитирующих живые ткани (кожу, слизистые половых органов), имеющие съемные составляющие, что позволяет моделировать различные заболевания половых органов, беременность. Гинекологический муляж представляет собой нижнюю часть торса взрослой женщины в натуральную величину и может быть использован для демонстрации и практики бимануального влагалищного исследования, обследования в зеркалах, визуального определения физиологического состояния шейки матки и патологических ее изменений, изучения техники выполнения бактериоскопического и цитологического исследования, манипуляции зондирования матки, введения и удаления внутриматочного контрацептива. Акушерские фантомы позволяют изучить основные навыки физиологического и патологического акушерства, специализированное обследование беременной, технику защиты промежности и биомеханизм родов, ведение последового



периода, первичный туалет и реанимацию новорожденного.

Таким образом, опыт кафедры акушерства и гинекологии ДонНМУ им. М. Горького свидетельствует о новых возможностях учебных фильмов для стандартизации и освоения практических навыков на базе современных мультимедийных технологий. Работа с акушерскими и гинекологическими муляжами в фантомном центре позволяет студентам изучить практические и теоретические вопросы акушерства и гинекологии, приобрести основные клинические практические навыки, способствует улучшению качества подготовки будущих врачей.

### Литература

1. Ковальчук Л.Я. Впровадження сучасних технологій в навчальний процес // Медична освіта – 2000. - №1. – С. 18-20.

2. Казаков В.Н., Волосовец А.П., Талалаенко А.Н. и др. Внедрение информационных технологий обучения как средство оптимизации качества подготовки специалистов в медицинском ВУЗе // “Актуальні питання педагогіки вищої школи”: Зб. наук. праць. – Донецьк. – 2004. – С. 3-6.

3. Пидкасистый П. И. Организация учебно-познавательной деятельности студентов. М.: Педагогическое общество России, 2004. — 112 с.

4. Шубина Л.Б., Грибков Д.Н., Аверьянов В.А. и др. Анализ функционирования центров моделирования в системе подготовки медицинских кадров // «Виртуальные технологии в медицине». – 2012. - № 2. – С. 7-12.

### THE ROLE OF EDUCATIONAL FILMS AND PHANTOM COURSES IN THE ACQUISITION OF PRACTICAL SKILLS IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Litvinova EV, Noskova OV

M. Gorky Donetsk State Medical University

**Summary.** The experience of the Department of obstetrics and gynecology Donetsk national medical university named after M. Gorkiy shows new possibilities of educational films for standardization and the development of practical skills. Work in phantom center allows students to explore theoretical and practical aspects of obstetrics and gynaecology, basic practical clinical skills, helps to improve the quality of training future doctors.

**Keywords:** practical skills obstetrics and gynecology, an educational video, phantom course.

УДК 616.1/.4+378.244.4

### ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»

Логовеева Т.Н.<sup>1</sup>, Ермакова Е.Я.<sup>1</sup>, Майлян Д.Э.<sup>1</sup>, Подоляка В.Л.<sup>2</sup>

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького<sup>1</sup>

Центральная городская клиническая больница № 3, г. Донецк<sup>2</sup>

**Резюме.** Внебольничная лечебно-профилактическая помощь – самая массовая медицинская помощь населению. Ее проведение требует от студентов глубоких теоретических и практических знаний-умений, итоговый контроль которых на шестом курсе может проводиться по двум методикам: используя устный опрос по фиксированным ежедневно в дневнике курируемым больным, или опрос с использованием тестовых заданий. И в том и в другом случае определяется степень овладения студентом теоретическими знаниями и практическими навыками по всем разделам внутренних болезней согласно

тематическому плану практических занятий по дисциплине «Поликлиническая терапия». По результатам итогового контроля ставится оценка, которая состоит из 60% среднего бала за весь цикл и на 40% из оценки по итоговому семинару. Общая оценка ставится по семибальной шкале ECTS.

**Ключевые слова:** поликлиническая терапия, итоговый контроль, знания-умения, дневник, тестовый контроль, шкала ECTS.

Внебольничная лечебно-профилактическая помощь – самая массовая медицинская помощь населению. Около 85% обратившихся начинают и заканчивают лечение в амбулаторных условиях. Амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают поликлинические отделения объединенных больниц, медико-санитарных частей, диспансеров, специализированных лечебно-профилактических учреждений и пр. Большое значение этого звена медицинской помощи обусловлено тем, что здесь, в основном, осуществляются профилактические мероприятия, ранняя диагностика заболеваний, оказание первой и неотложной помощи, решаются наиболее сложные вопросы экспертизы трудоспособности.

Поликлиника оказывает влияние на деятельность многих медицинских учреждений. Она обеспечивает рациональную госпитализацию, способствует нормальной работе стационаров.

Ведущими практическими навыками, которые обязан освоить студент по курсу «Поликлиническая терапия», являются: умение выработать оптимальную в данных условиях схему диагностического поиска, план обследования, лечения и профилактики, неуклонно соблюдать принципы врачебной этики.

В основу лечебно-профилактической работы поликлиники положен участковый принцип, преимущество которого заключается в том, что он обеспечивает преемственность в наблюдении пациента одним и тем же врачом, приближает квалифицированную помощь непосредственно к населению участка, позволяя активно выявлять больных с начальными формами заболевания, обеспечивает комплексное проведение профилактических мероприятий, эффективной диспансеризации.

Студент должен овладеть следующими основными разделами работы при прохождении курса поликлиники на кафедре внутренних болезней:

1. Осуществлять раннюю диагностику заболеваний, выделяя ведущие синдромы.
2. Определять тактику ведения больного (выбора места лечения, оздоровления, необходимость консультаций, определение периодичности наблюдения и пр.).
3. Назначить и организовать соответствующее лечение в поликлинике и на дому.
4. Оказать неотложную помощь.
5. Взаимодействовать со специальными службами.
6. Организовывать и проводить медицинские профилактические осмотры населения и по их результатам формировать группы здоровья.
7. Проводить дифференцированное диспансерное наблюдение.

8. Проводить МСЭ при различных заболеваниях терапевтического профиля.

9. Проводить санитарно-просветительную работу на участке.

10. Вести основную медицинскую и статистическую документацию.

11. Анализировать состояние здоровья обслуживаемого населения и свою деятельность для разработки рекомендаций в план работы.

12. Обеспечение преемственности лечения больных на различных этапах (поликлиника, стационар, санаторий);

13. Студент должен знать объем и характер клинико-лабораторных и функциональных исследований, которые возможно выполнить в поликлинике.

Итоговый контроль по курсу «Поликлиническая терапия» может проводиться по двум методикам:

Первая методика предполагает подведение итогов по индивидуальным дневникам ежедневного приёма больных в поликлинике. Дневник включает следующие разделы: фамилия, имя, отчество пациента, возраст, место работы, ведущие синдромы, развернутый клинический диагноз, план обследования и лечения, утрата трудоспособности, реабилитация, вопросы МСЭ. Преподаватель беседует со студентом по каждому осмотренному больному, определяя его знания по диагностике указанных в дневнике нозологических единиц. Оценивается умение выделять ведущий синдром, ставить предварительный диагноз, назначать обследование и лечение или определять амбулаторную и стационарную тактику ведения больного, решать вопросы временной утраты трудоспособности, а для хронических больных стойкой утраты трудоспособности, направления больных на медико-санитарную экспертизу (далее МСЭ), диспансерного наблюдения и реабилитации.

Вторая методика включает тестовые задания, с помощью которых оцениваются такие вопросы: диагностика заболевания и выделение ведущего синдрома, лечение и тактика амбулаторного и стационарного ведения больного, временная и стойкая утрата трудоспособности, направление на МСЭ, диспансерное наблюдение и реабилитация. Пример теста: во время профилактического осмотра у больного 45 лет было обнаружено артериальное давление (АД) 210/114 мм рт.ст. Жалоб больной не предъявлял, никогда о повышении АД в прошлом не слышал, не лечился.

Вопросы:

1. К какому разделу работы участкового врача относится медицинский осмотр, проведенный участковым врачом?

2. Какое заболевание выявлено у больного?

3. Нуждается ли больной в лечебных мероприятиях?

а) в неотложной помощи?

б) освобождении от работы, госпитализации?

в) направление на ВКК, МСЭ?

**Эталон ответа:**

1. Проведенный медицинский осмотр относится к разделу профилактики.

2. Имеет место синдром повышения АД, который может сопровождать

ряд заболеваний и требует уточнения в амбулаторных или стационарных условиях:

а) если нет субъективных изменений, то состояние расценивать как гипертонический криз нельзя;

б) больной не нуждается в неотложных мероприятиях, а нуждается в плановой антигипертензивной терапии;

в) больной должен быть обследован в условиях стационара с целью уточнения диагноза и подбора антигипертензивной терапии;

г) в зависимости от специфики труда и уточненного диагноза заболевания больной может быть направлен на ВКК, если будет нуждаться в переводе на работу в дневную смену и др.; на МСЭ, если будут выявлены осложнения, не позволяющие продолжать работу в данной специальности.

Также преподаватель проводит устное собеседование с привлечением больных, в ходе которого определяется степень овладения студентом теоретическими знаниями и практическими навыками по всем разделам внутренних болезней: кардиологии, пульмонологии, эндокринологии, гематологии, гастроэнтерологии, нефрологии, ревматологии.

По результатам итогового контроля ставится оценка, которая состоит на 60% из среднего бала за весь цикл и на 40% из оценки итогового семинара. Результаты оформляются с учетом соответствующей Европейской Системы Трансфера Кредитов (ECTS – European Community Course Credit Transfer System). Семибальная шкала оценок **ECTS**: А, В, С, D, E, FX, F – где первые 5 считаются достаточными для получения кредитных баллов, а последние 2 – недостаточными.

Согласно таблице ECTS, все сдавшие зачёт студенты по результатам успеваемости делятся на 5 групп (в порядке убывания): 10% самых успешных студентов получают оценку А, следующие 25% - В, 30% - С, 25% - D и 10% - E.

### **Литература**

1. Поликлиническая терапия: Учебник/Под ред. В.А. Галкина. — М.: П50 Медицина, 2000. — 256 с: — (Учеб. лит. для студентов мед. вузов)

2. Болонский процесс курс лекций/ В.И. Байденко - М.: Логос, 2004. - 207с.

3. Бобров В.В. Болонский процесс: вопросы и ответы // Философия образования, 2005. – №2. – с. 33-41

4. Плаксий С. И. Болонский процесс // Знание. Понимание. Умение. — 2005. — № 3. — С. 203-206.

### **ORGANIZATION AND CONDUCT FINAL CONTROL OF DISCIPLINE "POLYCLINIC THERAPY"**

Logoveyeva T. N.<sup>1</sup>, Yermakova Ye. Ya.<sup>1</sup>, Mailian D.E.<sup>1</sup>, Podolyaka V.L.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>M. Gorky Donetsk National Medical University

<sup>2</sup>Central state clinical hospital №3, Donetsk

**Summary.** Carrying out the final control of polyclinic takes place on two methods. The first method involves summing up of individual diaries reception of patients in the clinic. The second method includes the test items and an oral interview, in the course of which the degree of mastery of student theoretical knowledge and practical skills in all areas of internal medicine: cardiology,

pulmonology, endocrinology, hematology, gastroenterology, nephrology, rheumatology is determined. According to the results of the final control the mark is placed, which consists of 60% from the middle of the ball per cycle, and 40% of the marks for the final seminar.

**Keywords:** polyclinic therapy, final control, knowledge, skills, diary, test control, the ECTS scale.

УДК: 378.47.31

## ВУЗОВСКАЯ ЛЕКЦИЯ КАК ОСНОВНАЯ ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Лыков А.А., Терещенко И.В., Зубенко И.В., Поважная Е.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В данной работе показано значение традиционной формы организации образовательного процесса в медицинском ВУЗе как лекция, подчеркивается ее учебно-воспитательная роль, возможность согласованности лекций с семинарскими и практическими занятиями. Приведены их положительные и отрицательные стороны. Требования, которые предъявляются к лекторам на современном этапе. Приведены данные анонимного анкетирования студентов.

**Ключевые слова:** образовательный процесс, формы организации учебного процесса, качество образования, лекция, лектор, анкетирование.

Современный учебно-образовательный процесс характеризуется поиском новых направлений, форм, методов и средств системы преподавания, отвечающих потребностям общества и личности обучающихся. Реалии времени требуют повышения качества подготовки выпускника высшей школы нового типа: динамичного в обучении, творческого и самостоятельного в обретении знаний, способного выдержать жесткую конкуренцию на рынке труда. В то же время сохраняется специфика и особенность гуманитарного медицинского образования, как требующего особого подхода, ориентированного на принципы высокой духовности, формирования специалиста высокой культуры, способного к проявлению высших духовных, личностных, профессиональных качеств, своей индивидуальности [1].

И хотя в современной дидактике высшей школы существует множество форм организации учебного процесса, растет количество новых современных высокотехнологичных, инновационных форм и методов обучения, нельзя недооценивать роль традиционных форм, проверенных ни одним поколением педагогов и студентов, таких, как ЛЕКЦИЯ. Лекции, как высшей формы организации учебно-воспитательного процесса, ее огромную воспитательную роль, ее значимость в формировании теоретической компетентности, возможности реализовать одну из стержневых идей гуманистической педагогики – творческое сотрудничество педагога, наставника, учителя и обучающегося, возможности направить умственную, интеллектуальную деятельность студента в необходимом направлении [2]. Именно лекция, во время которой происходит непосредственный контакт, встреча Преподавателя и Студента в аудитории, имеет огромное значение в решении данной задачи при условии, если преподавателю удастся проявить свои способности и талант как педагога и ученого, авторитетного, интересного

для студентов человека. Как показывают исследования студенты гуманитарных университетов (в том числе и медицинских) предъявляют весьма высокие требования к лектору. Студенты ценят, прежде всего, эрудированность лектора, его способность кратко, сжато и четко представить достоверную, логически аргументированную и свободную от личных пристрастий информацию. Не менее важны наличие чувства юмора, эмоциональность, ритм и темп изложения материала, взаимосвязь теории и практики, наличие примеров «из жизни», доступность и наглядность изложения, умение применять современные технологические средства. Лектор должен быть интеллигентный человек, владеющим культурой деловых и межличностных отношений. Даже внешность педагога имеет огромное значение: студентам импонирует облик педагога, соответствующий критериям современной моды, который, кроме всего прочего, разбирается в веяниях молодежной культуры, студенческого досуга, проблемах и трудностях жизни юношей и девушек [3].

Современный педагогический процесс позволяет вносить коррективы в организацию учебного процесса, интегрировать и комбинировать различные формы обучения (теоретические, практические и пр.), в том числе шире применять инновационные технологии, в соответствии с дидактическими задачами содержанием предмета (цикла), с целью оптимизации согласованности лекционных, семинарских, практических занятий, для удовлетворения ожиданий обучающихся, повышения качества обучения. Например, студенты позитивно оценивают также, так называемые, лекции вдвоем, т.е. лекции с привлечением авторитетных экспертов, когда преподаватели включают студенческую аудиторию в научный диспут, моделируют разные подходы к решению медицинских и педагогических проблем, лекции-дискуссии, лекции-интервью, лекции-визуализации.

В анонимном анкетировании с использованием метода незаконченных предложений приняли участие 130 студентов 3 и 4 курсов, медицинских факультетов ДонНМУ им. М. Горького. Вопросы, которые предлагались обучающимся были связаны с ролью лекций в процессе обучения в ВУЗе на современном этапе, а также положительными и отрицательными сторонами лекционных занятий. Полученные результаты свидетельствуют, что большинство студентов - 85,3 % - определяли отличие ВУЗовского образования от школьного именно наличием лекций, 75,3 % убеждены в обязательной необходимости лекционных занятий именно в медицинском ВУЗе. 73,8% - высоко оценивали эффективность лекций для облегчения усвоения учебного материала. Кроме привычных классических лекций, студенты отзывались с достаточным интересом о проблемных лекциях, где преподаватель вовлекает в процесс решения целей и задач, соответствующих теме лекции. Поскольку сегодняшние студенты выросли в новой информационной среде, 94,6% отметили обязательным наличие мультимедийного сопровождения во время лекции, наличие видеороликов, коротких видеофильмов. Хотя 62,3% студентов считают, что лекция снижает стимуляцию студентов к самостоятельному обучению, иногда даже давая

возможность не принимать участие в учебном процессе. Подавляющее большинство обучающихся - за сохранение лекций в образовательном процессе ВУЗа, но в более современных, модифицированных вариациях.

Таким образом, необходимо подчеркнуть, что на современном этапе, в системе педагогического процесса, возможность использования лекционных занятий сохранили свою актуальность, как в традиционном виде, так и в модифицированном. Новые информационные и коммуникационные технологии открывают новые возможности перед педагогами высших учебных заведений для оптимизации процесса обучения, но и ставят новые задачи, предъявляют новые требования.

### Литература

1. Шаронин Ю.В. Современная лекция: развитие творческой активности студентов. / Ю.В. Шаронин // СПО . – 2012. - № 3. – С. 32 – 37.
2. Крулехт М.В. ВУЗовская лекция в зеркале качества высшего гуманитарного образования для XXI века / М.В. Крулехт // Знание, понимание, умение. – 2013. - № 4. – С. 11 – 15.
3. Ильинский, И. М. «Модернизация» российского образования в контексте мировой глобализации / И.М. Ильинский // Знание. Понимание. Умение. – 2012. - №3. - С. 3–23.

#### LECTURE IS A MAIN ORGANIZATION FORM OF THE EDUCATIONAL PROCESS IN HIGH SCHOOL AT PRESENT STAGE

Lykov A.A., Tereshchenko I.V., Zubenko I.V., Povazhnaya E.S.  
M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** Lectures importance as the traditional organization form of educational process in high school is shown. Her teaching and educational role and the possibility of coordination of lectures with seminars and practice classes are highlighted. The positive and negative moments are given. Requirements are listed for lecturers at modern stage. A data of anonymous student's questionnaires are analyzed in the article.

**Keywords:** educational process, forms of organization of educational process, the quality of education, lecture, lecturer, questionnaires.

УДК 61+378.147:616.89-008.46

#### ОЦЕНКА ДИНАМИКИ КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У СТУДЕНТОВ 6 КУРСА НА ПРОТЯЖЕНИИ ЦИКЛА «ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА»

Майлян Д. Э.<sup>1</sup>, Ермакова Е.Я.<sup>1</sup>, Кривонос Н.Ю.<sup>1</sup>, Шира А.И.<sup>1</sup>, Майлян А.И.<sup>2</sup>  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького<sup>1</sup>  
Центральная городская больница № 3, г. Донецк<sup>2</sup>

**Резюме.** Изучены особенности сенсомоторного реагирования студентов на протяжении цикла внутренней медицины. Показано, что во время итогового модульного занятия и во время первых занятий цикла для девушек менее характерны негативные изменения скорости и точности сенсомоторных реакций, но данная особенность наблюдается только в отношении обычных условий выполнения заданий. В условиях дефицита времени и аудиовизуальных помех, усиливающих психоэмоциональное напряжение, более быстрые и точные реакции отмечены в группе юношей. Однако в этой же группе имеют место отсроченные негативные изменения сенсомоторных реакций во время первых занятий.

**Ключевые слова:** экзаменационный стресс, адаптация, сенсомоторные реакции.

**Введение.** Адаптация студентов к комплексу факторов, связанных с обучением в высшей школе, может сопровождаться значительным напряжением компенсаторно-приспособительных механизмов [1]. В течение учебного года студенты находятся в постоянном психоэмоциональном напряжении, которое у них значительно выше, чем у молодых представителей других социальных групп [2]. Вместе с тем от эффективности адаптации к условиям вуза зависит не только здоровье студента, но и успешность его обучения.

**Материалы и методы.** Были обследованы 30 студентов 6 курса во время прохождения цикла «Внутренняя медицина» на кафедре внутренних болезней Донецкого национального медицинского университета. Исследование проводили трижды: вначале цикла (первый период), на 10 занятии (второй период) и непосредственно перед проведением итогового модульного контроля (третий период). У каждого из студентов определяли время простой сенсомоторной реакции (ВПСР) и время реакции двухальтернативного выбора (ВРДВ) при помощи программного обеспечения «Reaction time». Причём ВРДВ измеряли дважды: без отвлекающего фактора и с воздействием аудиовизуальных помех.

Статистический анализ полученных результатов производили с использованием программного обеспечения «Statistica 6.0».

**Результаты и их обсуждение.** Выявлены групповые отличия как значений ВПСР в исходном состоянии, так и в характере их динамики. При исходно более низких показателях в группе юношей происходит постепенное увеличение ВР. В группе девушек, напротив, наименьшие среднегрупповые значения отмечались в сессионный период. Учитывая обсужденные нами ранее механизмы [3], отмеченную динамику можно интерпретировать как снижение мозговой активности во время и после сессии у юношей, и возрастание уровня активации нейронов головного мозга в сессионный период у девушек.

Динамика ВРДВ несколько отличалась. Во время сессии отмечается значительное возрастание ВРДВ в условиях выбора у юношей, при этом показатель не восстанавливался до исходного значения в первый период. У девушек изменение времени реакции менее выражено, однако, тенденция аналогичная. После сдачи экзаменов значение ВР в данной группе снижается ниже исходного. Анализируя количество допускаемых ошибок (КО) в сенсомоторном задании в условиях выбора, отметим следующую динамику: во время сдачи экзаменов КО увеличивается, при этом у юношей данные изменения более существенны. Затем среднегрупповые показатели и у юношей, и у девушек снижаются, не достигая фоновых значений второго периода.

Так как показатели ВРДВ и КО ВРДВ в первый и второй период у юношей увеличиваются в большей степени, можно утверждать, что в данной половой группе происходят наиболее негативные изменения как в аспекте ухудшения межцентральных взаимодействий, так и с точки зрения общей активацией нейронов головного мозга [4].

Количество допускаемых ошибок при выполнении задания в условиях



дефицита времени возрастает как во время сессии, так и после её окончания. Однако увеличение числа ошибок в исследуемых группах неодинаково. Так, девушки допускали больше ошибок во время сдачи экзаменов, а после сессии данный показатель изменялся незначительно. В группе юношей число ошибок возрастало равномерно на протяжении трёх этапов исследования.

При анализе ВРДВ в условиях аудиовизуальных помех в группе девушек наблюдали тенденцию, аналогичную ВРДВ без помех. У юношей отмечалось незначительное уменьшение ВР в третий и первый периоды.

У девушек отмечалось выраженное снижение эффективности сенсомоторного реагирования в экзаменационный период и менее выраженное восстановление показателя в первый период. Полученные данные свидетельствуют о том, что выполнение сенсомоторных заданий в стрессорных условиях их реализации во время экзаменационной сессии у юношей более эффективно. Однако на фоне более успешной адаптации в сессионный период, у юношей наблюдаются негативные изменения во время первых занятий.

**Выводы.** Выявлены гендерные особенности сенсомоторного реагирования студентов на протяжении учебного цикла. Показано, что во время итогового модульного контроля и во время первых занятий цикла для девушек менее характерны негативные изменения скорости и точности сенсомоторных реакций, но данная особенность наблюдается только в отношении обычных условий выполнения заданий. В условиях дефицита времени и аудиовизуальных помех, усиливающих психоэмоциональное напряжение, напротив, более оптимальные реакции отмечены в группе юношей, однако в этой же группе имеют место отсроченные негативные изменения. Полученные нами результаты позволяют проводить коррекцию подходов к обучению студентов, улучшая эффективность запоминания студентами новой информации и корректность их оценивания.

### **Литература**

1. Bernhardt V. Psychological stress in first year medical students in response to the dissection of a human corpse / V. Bernhardt, H. J. Rothkotter, E. Kasten // *GMS Z. Med. Ausbildung*, 2012. - 29(1): Doc12.
2. Cvetkovski S. The prevalence and correlates of psychological distress in Australian tertiary students compared to their community peers / S. Cvetkovski, N.J. Reavley, A. F. Jorm // *Aust NZJ Psychiatry*, 2012. – May. – 46(5) – P. 45-673.
3. Клиорин А.И. Соматотипы и парадигма индивидуальных конституций. Развитие учения о конституциях человека в России во второй половине XX столетия / А.И. Клиорин // *Физиологический журнал им. И. М.Сеченова*, 1996. - № 3. – с.151-164.
4. Schmidt M. Predictors of self-rated health and lifestyle behaviors in Swedish university students / M. Schmidt // *Glob. J. Health Sci.* - 2012. - 15;4(4). - P. 1-14.

### **CORRECTION APPROACHES IN TEACHING OF 6TH YEAR MEDICAL STUDENTS BASED ON COGNITIVE FUNCTIONS INDICATORS ANALYSIS**

Mailian D.E., Ermakova E. Ja., Krivonos N.Ju., Shira A.I., Mailian A.I.

**Summary.** Features of sensory-motor reactions of students during internal medicine cycle are investigated. It is determined that during the session and during first lessons period for girls

negative changes of speed and accuracy of sensory-motor reactions are less characteristic, but this feature is observed only for usual conditions of task performance. The conditions of time deficiency and the audiovisual hindrances strengthen a psycho-emotional pressure, so faster and more accurate reactions are noted in the group of young men. However in the same group the delayed negative changes of sensory-motor reactions during first lessons period are observed.

**Keywords:** examination stress, adaptation, sensory-motor reactions.

УДК 378.162.2:025/026

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТРОЕНИЯ БИБЛИОТЕКИ ЧИТАЛЬНОГО И ЭЛЕКТРОННОГО ЗАЛА ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Максимова Л.Ю., Грушко И.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье рассматриваются особенности библиотечного обслуживания студентов в различных аспектах организации учебного процесса, нацеленных на повышение качества знаний и умений.

**Ключевые слова:** электронный учебно-методический комплекс, электронные тесты, электронный каталог, ситуационные центры.

Работа библиотеки подчинена задачам обеспечения учебного процесса и научных исследований студентов, профессорско-преподавательского состава, практической деятельности врачей и ординаторов. В сферу деятельности учебной библиотеки входит обучение студентов 6 курса внутренней медицины.

В настоящее время фонд библиотеки составляет свыше 100 печатных единиц и широко представляет литературу по медицине и смежным отраслям. В библиотеке имеется уникальная литература по гигиене и профессиональным заболеваниям, собрание диссертаций и методических указаний.

Библиотека кафедры состоит из:

1. Зал каталогов (электронная библиотека). Включает в себя 10 посадочных мест.

2. Читальный зал.

Проводятся работы по формированию и расширению библиотечного фонда. Развивается библиотечно-библиографическое и информационное обслуживание читателей. Проводятся работы по совершенствованию справочно-библиографического аппарата.

Одним из современных направлений в совершенствовании методики преподавания является разработка и внедрение в учебно-воспитательный процесс электронных учебно-методических комплексов.

С сентября 2015 года кафедра приступила к созданию электронного читального зала. Внедрен и еще разрабатывается электронный учебно-методический комплекс, который представляет собой компьютерный программный комплекс, включающий в себя: систематизированные учебные, научные и методические материалы по внутренней медицине, обеспечивающий условия для осуществления различных видов учебной деятельности по освоению студентами содержания соответствующей образовательной программы. Основными целями и задачами разработки электронного учебно-методического комплекса является нацеленность на реализацию требований

образовательных стандартов, создание условий для оптимизации процесса изучения внутренней медицины, активизации их самостоятельного участия в данном процессе, оснащение учебного процесса учебно-методическими и другими материалами, повышающими качество подготовки будущих специалистов; прогнозирования и организации работ по совершенствованию учебно-методической базы учебного заведения. Электронный учебно-методический комплекс представлен компьютерной программой: для локального использования (без подключения компьютерной сети), для сетевого использования (на основе: локальной сети или сети Интернет); для смешанного использования (включает возможность как локального, так и сетевого использования). Учитывая, широкое применение информационных технологий в будущем так же представляется возможность применять их и для контроля, используя электронные тесты. Известно, что выделяют различные функции контроля, в частности: обучающая, развивающая, проверочная, оценочная и другие. На практике эти функции контроля выполняются, как правило, в комплексе, без четкого их разделения, это касается и электронных тестов. По результатам прохождения тестов в базе данных будет сохраняться подробная статистика по каждому студенту, которая в дальнейшем может быть использована для анализа динамики успеваемости группы в целом и каждого отдельного студента в частности.

Для повышения эффективности, оперативности, качества образования и управления необходимо создать систему ситуационных центров в вузе. Под ситуационным центром понимается пункт сосредоточения видеоинформационной технологии в режиме реального времени для обработки информации и выработки коллективом (преподаватели, библиотечные и другие специалисты подразделений вуза, студенты и т. д.) научно-обоснованных решений, направленных на повышение эффективности работы подразделений вуза, постоянный обмен информацией, порядка урегулирования совместных действий вне и внутри вуза, взаимная интеллектуальная поддержка, решение проблемы сбора, накопления, обработки вузовской информации, ее интеграция в базах и хранилищах данных. К ситуационному центру подключаются локальные сети и системы, персональные компьютеры, т.е. создается информационная система, реализующая все технологические функции – осуществляет сбор, обработку, хранение, передачу информации, формирование отчетности. При наличии ситуационного центра предоставляются все необходимые условия для выработки не только индивидуальных, но и групповых, кафедральных, факультетских и вузовских решений, а использование программно-технологических средств электронного офиса открывает неограниченные возможности специалистам и администраторам пользоваться информацией в формах печатных изданий, графических материалов, баз данных и баз знаний в режиме реального времени, а также проводить консультации, совещания, конференции и т. д.

Таким образом, рассмотренные особенности библиотечного обслуживания являются, по нашему мнению, одними из важнейших, но мы не

считаем их единственными и намерены в дальнейшем исследовать и рассмотреть другие, возможно, не менее важные особенности.

Один из залогов успеха деятельности библиотек Университета является профессионализм сотрудников, направленный на удовлетворение информационных потребностей читателей.

### **Литература**

1. Балабанова Т.Н., Протасова Н.А. Использование электронных тестов для контроля сформированности лингвистической компетенции, как одной из составляющих языковой компетентности // Материалы международной научной конференции «Коммуникативные аспекты современной лингвистики и лингводидактики (18.10.2013 г.) – Волгоград. – 2013. – С. 571–579.

2. Терехов П.П. Специалист социокультурной сферы: педагогическая компетентность. – Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 2002. – 144 с.

3. Новикова Е.В. Создание ситуационных центров на базе аудиовизуальных и информационно-коммуникативных технологий // Материалы конференции «Ситуационные центры: модели, технологии, опыт практической реализации: - М.: РАГС, 2006. – 25 с. 7. Холеева И.И. Основы теории обучения пониманию иноязычной речи (подготовка переводчика). – М, 1989.

#### METHODICAL FEATURES OF CONSTRUCTION OF LIBRARIES AND READING ROOMS FOR STUDENTS ELKTRONNOGO

Maximova L.Y., Grushko I.V.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The article observes the features of library services of students in various aspects of the organization of the educational process aimed at improving the quality of higher education.

**Key words:** electronic educational-methodical complex, electronic tests, electronic catalogi, situational centers.

УДК: 616.36-002-022.6:378.147-057.88

#### ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕМЫ "ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ" ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ИНТЕРНОВ, ПРОХОДЯЩИХ ИНТЕРНАТУРУ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ "ЭПИДЕМИОЛОГИЯ", "БАКТЕРИОЛОГИЯ", "КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА" И ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ОБУЧЕНИЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ "ЭПИДЕМИОЛОГИЯ", "БАКТЕРИОЛОГИЯ", "ЛАБОРАТОРНАЯ ИММУНОЛОГИЯ" И "КЛИНИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА"

Мельник В.А., Мельник А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В работе представлен опыт преподавания темы «Эпидемиология и лабораторная диагностика вирусных гепатитов» на кафедре физиологии и клинической лабораторной диагностики и кафедре организации высшего образования, управления здравоохранения и эпидемиологии ФИПО. Лаконичность, систематизация, оперативность тестовых заданий, которые были разработаны сотрудниками кафедр, делают их весьма важным методом проведения учебного процесса.

**Ключевые слова:** вирусные гепатиты, преподавание, лабораторная диагностика, профилактика, эпидемиология

**Актуальность.** Вирусные гепатиты А, В и С остаются одной из основных причин инвалидности и смертности населения во всем мире. Так, по данным ВОЗ, около 30% летальных случаев у взрослых обусловлены инфекционными болезнями и их последствиями, у детей этот показатель составляет свыше 6%. Опыт развитых стран показывает, что только повышение уровня охвата вакцинацией населения приводит к уменьшению инфекционной заболеваемости, инвалидизации переболевших и смертности в целом.

В практической работе клинико-диагностических лабораторий Республики широко применяются современные методы диагностики вирусных гепатитов, что позволяет осуществлять раннюю диагностику этих инфекций, своевременно госпитализировать заболевших и назначить им необходимую терапию. Для успешной борьбы с вирусным гепатитом В в ДНР была внедрена и действует программа по плановой иммунопрофилактике этой инфекции.

**Цель.** Для успешной реализации изучения темы «Эпидемиология и лабораторная диагностика вирусных гепатитов» путем последипломного обучения на курсах тематического усовершенствования врачей-интернов и врачей-курсантов эпидемиологов, бактериологов, лаборантов клинических и лаборантов иммунологов подготовлено специальное 6-ти часовое практическое занятие.

**Материалы и методы.** При подготовке этого занятия использовались последние достижения мировой науки в отношении эпидемиологии, лабораторной диагностики вирусных гепатитов, иммунопрофилактики вирусного гепатита В, многолетний опыт сотрудников кафедр физиологии и клинической лабораторной диагностики и организации высшего образования, управления здравоохранения и эпидемиологии ФИПО по преподаванию вопросов лабораторной диагностики вирусных гепатитов методами ИФА и ПЦР, а также по изучению вопросов индивидуализации прививок против вирусного гепатита В детям с различным состоянием иммунитета и здоровья.

**Результаты и обсуждение.** Как уже отмечалось выше, повсеместное распространение, высокий уровень заболеваемости, тяжесть течения и особенности последствий делают проблему вирусных гепатитов одной из самых актуальных в медицине

Вирусные гепатиты А, В и С относятся к категории наиболее опасных и распространенных инфекционных заболеваний. В настоящее время проблема борьбы с вирусными гепатитами В и С усугубляется тем, что в популяции достаточно широко распространено сочетание заболевания гепатитами с ВИЧ-инфекцией. Это обусловлено общими путями передачи этих заболеваний.

Внепеченочная репликация вирусов гепатитов В и С, их онкогенное влияние, связь заражений с медицинскими вмешательствами делают проблему борьбы с ними общемедицинской.

Несмотря на значительные успехи в изучении этиологии вирусных гепатитов, практические достижения по их диагностике и лечению,

заболеваемость этими инфекциями и инвалидизация переболевших вирусными гепатитами людей остается высокой. Более того, известные успехи в изучении строения возбудителей и совершенствование диагностики поставили перед медицинской наукой и практикой новые задачи. Так, стало известно о вирусных мутациях, влияющих на эффективность диагностики, специфической профилактики и противовирусной терапии.

Современная профилактика вирусных гепатитов должна проводиться комплексно, т.е. быть направленной на источники вируса, пути и факторы его передачи и, прежде всего, на восприимчивое к инфекции население.

Сложность преподавания врачам-интернам и врачам-курсантам вопросов по эпидемиологии, профилактике и лабораторной диагностике вирусных гепатитов обусловлена значительным количеством нозологических единиц, сходством их клиники, широким спектром серологических маркеров инфекционного процесса, развитием многочисленных внепеченочных проявлений, огромным количеством препаратов, предложенных для лечения хронических гепатитов, часто без достаточного обоснования, что затрудняет ориентирование практического врача в диагностике, лечении и профилактике вирусных гепатитов.

На протяжении всего отведенного для изучения темы «Эпидемиология и лабораторная диагностика вирусных гепатитов» учебного времени с врачами курсантам и врачами интернами проводится изучение современных особенностей эпидемиологии вирусных гепатитов, их распространенности на территории ДНР, а также отработка на конкретных примерах навыков по выбору наиболее эффективного способа лабораторной диагностики этих инфекций с учетом возможностей методов выявления антител (ИФА) или антигенов (ПЦР). Большое внимание уделяется качеству забора крови для исследования и важности соблюдения необходимых требований к проведению преаналитического этапа.

На протяжении занятия слушателями решаются ситуационные задачи, тесты. При этом, особое внимание уделяется диагностическому значению серологических маркеров инфекционного процесса, дифференциальной диагностике желтух различного генеза, в том числе и у беременных женщин.

При интерпретации результатов лабораторных исследований внимание слушателей обращается на оценку общего анализа крови, мочи и исследования кала, оценку данных биохимического анализа крови (уровень билирубина, соотношения по фракциям, наличие гиперферментемии, осадочные реакции), показателей протромбинового индекса, оценку серологического профиля (маркерного спектра крови) при острых гепатитах различной этиологии. Особое значение при изучении темы придается оценке результатов ИФА, ПЦР в совокупности с другими методами диагностики.

Усвоение большого объема учебной программы, повышение качества знаний в процессе преподавания этой темы потребовали широкого применения тестовых заданий начального и рубежного контроля. В разработанные тестовые задания были включены вопросы, отражающие основные аспекты

эпидемиологии, профилактики, действенного эпиднадзора за вирусными гепатитами, а также возможности современных методов диагностики вирусных гепатитов А, В, и С, которые могут угрожать здоровью населения Донецкой Народной Республики. В разработанные сотрудниками кафедры тестовые задания были включены и наиболее актуальные противоэпидемические меры борьбы, в первую очередь, это касается средств специфической иммунопрофилактики, которые разработаны, существуют и применяются на территории ДНР.

Итоговое собеседование проводится с учетом оценки ответов по тестовым заданиям за весь период обучения.

**Выводы.** Лаконичность, систематизация, оперативность тестовых заданий, которые были разработаны сотрудниками кафедр, делают их весьма важным методом проведения учебного процесса на кафедре физиологии и клинической лабораторной диагностики и кафедре организации высшего образования, управления здравоохранения и эпидемиологии ФИПО Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

PECULIARITIES OF TEACHING THE TOPIC "EPIDEMIOLOGY AND LABORATORY DIAGNOSIS OF VIRAL HEPATITIS" FOR DOCTORS-INTERNS, INTERNS IN THE FIELD OF "EPIDEMIOLOGY", "BACTERIOLOGY", "CLINICAL LABORATORY DIAGNOSTICS" AND OF PHYSICIANS UNDERGOING TRAINING IN THE FIELD OF "EPIDEMIOLOGY", "BACTERIOLOGY", "LABORATORY IMMUNOLOGY" AND "CLINICAL LABORATORY DIAGNOSTICS"

Melnik V.A., Melnik A.V.

M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The presents the experience of teaching the topic of "Epidemiology and laboratory diagnosis of viral hepatitis" at the Department of physiology and clinical laboratory and the Department of higher education, Department of health and epidemiology. Brevity, systematization, efficiency tests, which were developed by the staff of the departments, make them a very important method of realization of the educational process.

**Key words:** viral hepatitis, teaching, laboratory diagnostics, prevention, epidemiology.

УДК 618.1/5+378.147

КОМПЕТЕНТНОСТНЫЙ ПОДХОД В ПРЕПОДАВАНИИ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Мацынин А. Н., Талалаенко Ю. А., Егорова М. А.,

Гребельная Н.В., Шаганов П.Ф.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье освещено внедрение компетентного подхода к преподаванию акушерства и гинекологии в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького. На кафедре акушерства и гинекологии особое внимание уделяется усвоению профессиональных компетенций. Освоение же всех необходимых для врача компетенций должно осуществляться в рамках единого комплекса учебных и воспитательных мероприятий в высшем медицинском учебном заведении.

**Ключевые слова:** педагогика, компетенции, акушерство и гинекология.

**Вступление.** На современном этапе развития высшей медицинской

школы чрезвычайно важным остается процесс улучшения качества обучения [1]. Мировой тенденцией в образовании в целом и в медицинском высшем образовании в частности стало освоение компетентностного подхода. Компетентность – это способность применять свои знания и умения. Компетентность выражается в готовности к осуществлению какой-либо деятельности в конкретных профессиональных ситуациях. Она проявляется в личностно-ориентированной деятельности и характеризует способность специалиста реализовывать свой человеческий потенциал для профессиональной деятельности [2, 3].

**Основная часть.** Обучение в компетентностном образовании приобретает деятельный характер, что воплощается в формировании знаний и умений студента в процессе профессиональной деятельности.

Профессиональные, личностные и социальные компетенции принято выделять как основные. К профессиональной компетентности относят: умение выделять ведущие симптомы и синдромы, ставить предварительный диагноз, составлять алгоритм обследования, оказывать неотложную помощь, выполнять необходимые для данного уровня обучения медицинские манипуляции, заполнять медицинскую документацию. К личностным компетенциям принято относить: умение брать на себя ответственность, критичность (по отношению к потоку информации, в том числе рекламной), потребность и стремление к саморазвитию. К социальной компетенции относят: умение вести беседу с пациентом и его родственниками, способность мотивировать пациента к лечению, уважение к коллегам и способность к открытому обсуждению с ними спорных случаев, соблюдение прав пациентов, уважительное отношение к их религиозным и национальным особенностям [4].

Овладение компетенциями студентами-медиками происходит в процессе обучения на кафедре акушерства и гинекологии на протяжении трех лет: цикл «Акушерство» - 4 курс, «Гинекология» - 5 курс, «Акушерство и гинекология» - 6 курс. Внедрение компетентностного подхода в образовании, несомненно, предъявляет новые требования преподавателям, касающиеся построения образовательного процесса, оценки обучения и методов обеспечения качества преподавания [5, 6].

На кафедре акушерства и гинекологии создана рабочая программа, методические указания для подготовки студентов к аудиторным и внеаудиторным занятиям, методические рекомендации для преподавателей. Достижению реализации профессиональной компетенции было подчинено преподавание дисциплины на кафедре. В методических указаниях отражены организация практического занятия, изложена цель, которую ставит преподаватель и средства для реализации цели, тестовые задания, используемые на практических занятиях.

Клинические базы кафедры позволяют отработать профессиональную компетенцию у постели больного. Важным в разборе больных по теме занятия является и личный пример педагога, поскольку студенты видят своего наставника не только в роли преподавателя, но и в роли практикующего врача,



а это существенно повышает его авторитет в студенческой среде. Нередко на конкретном занятии в клинике отсутствуют «тематические» пациенты. В ряде случаев, по этическим соображениям, беременные отказываются от общения со студентами. В такой ситуации преподаватель может воспользоваться историями болезни или родов, выписками из историй болезни и родов, которые имеются в дидактическом материале к каждому занятию, а так же ситуационными задачами, разработанными для каждой изучаемой нозологической единицы по теме занятия. Овладение же практическими навыками обследования пациента и выполнение некоторых медицинских манипуляций в акушерстве и гинекологии отрабатывается на пациентах, муляжах, а так же в тренинговом центре университета, где, в соответствии с «Индивидуальным планом практической подготовки студента» по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», «Стоматология», студенты осваивают и многократно отрабатывают выполнение необходимых практических навыков. Современный образовательный процесс строится на технологиях обучения, создающих условия для активной познавательной деятельности обучающихся. Одно из необходимых условий организации такого образовательного процесса – разработка новых учебных материалов, способных взять на себя функцию управления познавательной деятельностью обучающихся. К ним можно отнести используемые современные компьютерные технологии и дистанционное обучение.

Компетенции уровня «уметь» применительно к методам исследования обычно предполагают приобретение студентами навыков и интерпретации результатов. В акушерстве и гинекологии зачастую сложно не только формирование компетенций «уметь», но и показать некоторые методы исследования в связи с отсутствием тематических пациентов и больных. В значительной мере решить описанные выше проблемы позволяет внедрение учебных видеоматериалов. Главным достоинством такого средства обучения является визуализация и динамичность представления информации. При этом имеется возможность сочетания текстовой, звуковой информации с созданием ярких, запоминающихся визуальных образов. Для предмета акушерство и гинекология на кафедре имеются видеоматериалы методов обследования и некоторых медицинских манипуляций и операций. Видеоматериалы позволяют студентам увидеть редкие и сложные инструментальные исследования, вникнув во все детали, а также увидеть и услышать рассказ реального пациента с любым заболеванием в любое удобное на занятии время. Это не может заменить работу студента в клинике с реальными пациентами, но служит хорошим дополнением познавательного процесса студента.

Кроме того, обучаясь на клинических базах кафедры, студенты, совместно с преподавателем, участвуют в ведении родов, присутствуют, а нередко и ассистируют при проведении медицинских манипуляций и в ходе оперативных вмешательств. Также студенты самостоятельно курируют беременных и гинекологических больных с последующим написанием клинической истории родов и болезни. Это позволяет студентам более полно

овладеть профессиональными компетенциями. Однако, овладение личностными и социальными компетенциями требует более длительного времени.

**Выводы.** Таким образом, на кафедре акушерства и гинекологии на протяжении процесса обучения особое значение уделяется формированию профессиональных компетенций. Однако формирование всех необходимых для врача компетенций должно осуществляться в рамках единого комплекса учебных и воспитательных мероприятий в медицинском высшем учебном заведении. Компетентностный подход в высшей медицинской школе имеет в настоящее время обширные ресурсы и требует дальнейшего развития.

### Литература

1. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Первак М.Б. Универсальные компетенции врача: взгляд выпускников медицинских вузов // Україна. Здоров'я нації.- 2009.-№4 – С.72-80.
2. Волосовець О. П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта.-2010.-№2.С.12-16.
3. Байденко В.И. Выявление состава компетенций выпускников вузов как необходимый этап проектирования ГОС ВПО нового поколения / Байденко В.И. - М., 2006. – 150 с.
4. Безродная Г.В. Севостьянов Д.А., Шпикс Т.А Принципы компетентностного подхода в медицинском вузе. // Медицина и образование в Сибири. - 2008. - № 2. – С.35-38.
5. Зимняя И. А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата современного образования / И. А. Зимняя // «Эйдос»: Интернет-журнал. – 2006. – 5 мая. – <http://www.eidos.ru/journal/2006/0505.htm>
6. Русина Н.А. Компетентностный подход в деятельности врача-преподавателя / Русина Н.А., Алексеева С.В. // Медицина и образование в Сибири. - 2008. - № 2.- С.42-46.

### COMPETENCE APPROACH OF TEACHING OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY AT THE MEDICAL UNIVERSITY

Matsynin A.N., Talalayenko Y.A., Egorova M.A., Grebelnaya N.V., Shaganov P.F.  
M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The article with the introduction of competence-based approach to the teaching of obstetrics and gynecology at Donetsk National Medical University/ The Department of Obstetrics and Gynecology focuses on mastering professional competences. However, the formation of all the competences which doctors require must be in the framework of a single set of training educational activities at higher medical schools.

**Keywords:** pedagogics, competence, obstetrics and gynecology.

УДК: 615.03.61

### ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ ПРЕПОДАВАНИЯ С УЧЕТОМ ФОРМУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ НА ДОДИПЛОМНОМ И ПОСЛЕДИПЛОМНОМ УРОВНЯХ

Налетов С.В., Галаева Я.Ю., Налетова Е.Н., Коньшева Н.В., Сидоренко И.А.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В статье обсуждаются вопросы преподавания клинично-фармакологических принципов на додипломном и последипломном уровне с учетом формулярной системы и

доказательной медицины.

**Ключевые слова:** клиническая фармакология, формулярная система, доказательная медицина.

Согласно новой программы обучения клинической фармакологии, значительно расширены возможности обсуждения вопросов рациональной фармакотерапии в клинике внутренних болезней. Увеличение количества часов на практические занятия с 28 до 60 и введение лекционного курса (5 лекций) позволяет обсудить со студентами не только общие вопросы клинической фармакологии, но и отдельные аспекты применения и комбинирования лекарственных средств. Так, увеличение часов позволило выделить отдельное занятие по принципам доказательной медицины и шире обсуждать выбор лекарственных средств в рамках формулярной системы.

Во всех странах ведётся работа по мониторингу безопасности медицинских изделий. В Украине работает система фармакологического надзора, в России разработана и введена в эксплуатацию системы АИС Росздравнадзора «Карта информирования о неблагоприятных событиях (инциденте)/риске инцидента при применении медицинского изделия» [2, 3].

На практическом занятии студенты 5 и 6 курсов знакомятся с видами побочных эффектов, побочных реакций лекарственных средств, их определением и основными направлениями по их предупреждению и мониторингу [1, 4, 5].

Эти знания являются основой для дальнейшего обучения в интернатуре и клинической ординатуре, а также совершенствуются при прохождении предаттестационных циклов врачами терапевтического профиля и семейными врачами.

В условиях увеличения стоимости медицинской помощи, одним из эффективных механизмов обеспечения доступности для пациента современной и недорогой терапии служит формулярная система, целью которой служит оптимизация лечения в сочетании с контролем лекарственных расходов [3].

Формулярная система (англ. formulary - свод правил) - это обязательный стандарт лечения, основанный на доказательной медицине, в котором сведены последние достижения медицины и который позволяет врачу найти нужное лекарство при любой патологии у своего больного, свести к минимуму ошибки при проведении лекарственной терапии, а также снизить зависимость от узких специалистов. Формулярная система - это система выбора лекарственного средства в ежедневной практике врача, которая должна (по возможности) быть свободна от внешних воздействий и коммерческого давления, в том числе и со стороны медицинских страховых компаний. Формулярная система существует для нужд практического врача, а также предполагает: разработку формулярных списков лекарственных средств, издание формулярных справочников, внедрение стандартов лечения и внедрение программы оценки использования лекарств [1].

Под формуляром понимают список лекарственных средств, носящий ограничительный характер и позволяющий использовать только те лекарства,

которые включены в этот список. Этим достигается значительное сокращение номенклатуры используемых лекарств, повышается терапевтическая отдача и упрощается процесс закупок. Формуляр составляется после тщательного анализа структуры заболеваемости по каждой нозологической форме, объемов потребления и стоимости курса лечения каждого заболевания. Формуляр может быть издан в виде справочника, несущего базовую информацию о применении, показаниях и противопоказаниях, побочных эффектах, взаимодействии с другими лекарствами и т.д.

На практических занятиях студенты и курсанты знакомятся с принципами формирования формуляров и систематизации лекарственных средств: лекарственные препараты возможно систематизировать по следующим принципам:

- по терапевтическому применению (антиангинальные, противоопухолевые, гипотензивные, антибиотики...);
- по фармакологическому действию (антагонисты кальция, диуретики, вазодилататоры, антикоагулянты...);
- по химическому строению (сердечные гликозиды, алкалоиды, стероиды, бензодиазепины, фторхинолоны, цефалоспорины...);
- по нозологическому принципу (средства для лечения бронхиальной астмы, стенокардии, артериальной гипертонии, язвенной болезни...).

Формулярная система ни в коем случае не отменяет диагностические и лечебные аспекты искусства врачевания. Тем не менее, ясно, что в 99 % случаев врач фактически должен принимать типовые, однообразные решения по выбору лечения для конкретного больного сразу после постановки диагноза.

На практических занятиях изучение лекарственных средств, входящих в формуляры, позволяет досконально изучить их фармакологические свойства и приобрести практический опыт работы с ними. В результате во время практической деятельности сокращается число врачебных ошибок и осложнений лекарственной терапии, повышается качество лечения, снижается смертность, а также обеспечивается дополнительная экономия больничного бюджета за счет сокращения времени пребывания пациента в стационаре, уменьшения числа повторных госпитализаций и затрат, связанных с лечением осложнений медикаментозной терапии.

Изучение формулярной системы помогает сформировать у будущих врачей необходимые навыки в фармакотерапии, а на последипломном уровне заставляет врачей задумываться не только об эффективности лечения, но и о фармакоэкономической его составляющей.

### **Литература**

1. Морозова Т.Е., Хосева Е.Н. Актуальные вопросы контроля качества, эффективности и безопасности лекарственных средств отечественного производства // Клиническая фармакология и терапия. – 2012. - №2. – С. 54 - 58.

2. Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152 «Об утверждении Положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности».

3. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном

медицинском страховании в Российской Федерации».

4. Directive 2001/83/EC of the European Parliament and of the council of 6 November 2001 on the Community code relating to medicinal products for human use

5. European Medicines Agency, EMA

6. Homeopathic Pharmacopoeia Convention of the United States (HPCUS). Procedure Manual, April 2010 Revision 4.2 HPCUS Procedure Manual, 2010 (Rev 4.2)

#### THE INTERACTION OF GRADUATE AND POSTGRADUATE EDUCATION WITH PRINCIPALS OF LOGBOOK SYSTEM

Nalotov S.V., Galayeva Y.Y., Nalotova E.N., Konysheva N.V., Sidorenko I.A.  
M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The article advances arguments for an interactions of graduate and postgraduate education of clinical pharmacology. The article discussed active introduction of the logbook system in medical institutions and Evidence-Based Medicine in the medical practice.

**Key words:** clinical pharmacology, logbook system, evidence-based medicine.

УДК 378.147.88+378.184:61

#### АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ НАУЧНЫХ КАДРОВ И РАБОТА СНО В УНИВЕРСИТЕТЕ И НИИ МПС

Николенко В.Ю., Айкашев В.А., Ластков Д.О., Воробьева В.Г., Бусурин М.Ю., Фролова Т.Э., Мухин И.В., Николенко О.Ю., Ринсевич Ю.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
НИИ медицинских проблем семьи

**Резюме.** Студенческое научное общество предоставляет возможность студентам медицинских факультетов самостоятельно освоить методы лабораторных исследований и научиться работать с животными на теоретических кафедрах и в лабораториях НИИ МПС, а также овладеть методами функциональной диагностики на клинических кафедрах и в отделениях института.

**Ключевые слова:** научные кадры, студенты.

Подготовка студентов медицинского университета к научно-педагогической работе и их воспитание в традициях Alma mater должны проводиться, начиная с первых курсов обучения и заканчивая клинической ординатурой или аспирантурой [22, 26].

Любой научный сотрудник или преподаватель в медицинском университете занимается многоплановой как научной работой (выполнение сотрудниками НИИ или кафедральным коллективом НИР по основному научному направлению работы структурного подразделения), так и разнообразной педагогической деятельностью (начиная от проведения практических занятий различных типов, чтения лекций и заканчивая написанием учебных пособий и учебников).

Особое место в структуре университета и его научной работе занимают специализированные НИИ, университетские клиники и ЦНИЛ, коллективы которых занимаются как решением актуальных научных задач, стоящих перед ними, так и различными направлениями лечебно-диагностического процесса, а также их сотрудники совмещают лечебную и научную работу с педпроцессом на профильных кафедрах (как правило, уже клинических).

Вопрос подготовки молодых сотрудников в НИИ сегодня может решаться несколькими путями: подготовка кадров через аспирантуру и клиническую ординатуру, привлечение студентов старших курсов к работе в кружках СНО университета при НИИ, через оформление студентов, окончивших три курса университета в качестве среднего медицинского персонала на работу в структурные подразделения учреждения.

На кафедрах младших курсов при проведении преподавателями экспериментальных исследований студенты учатся работать с крысами и др. экспериментальными животными, изучают их рацион питания, правильный питьевой режим, осваивают методы введения различных веществ интратрахеально, внутривентрикулярно, внутримышечно. При окончании эксперимента осваивают методы приготовления мазков из крови животных, их фиксацию и окраску [20, 29]. Преподаватель показывает студентам выполнение таких методик, как НСТ-тест и определение фагоцитарной активности нейтрофилов с помощью стафилококка 209 штамма, и после этого дает возможность им самостоятельно повторить использование методик, контролируя результаты [4, 16, 20, 28, 29]. После получения правильных результатов студентами преподаватель помогает их правильно статистически обработать и представить в виде тезисов и докладов на студенческих научных конференциях.

Из иммунологических методик студенты могут освоить в лаборатории кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии определение циркулирующих иммунных комплексов в сыворотке крови животных. После выполнения всех этапов методики студенты осваивают работу на спектрофотометре на длине волны 490 нм [1]. Из биохимических методик у наших студентов есть возможность овладеть в лаборатории методикой определения малонового альдегида, диеновых конъюгатов, мочевой кислоты, активности ксантиноксидазы, С-реактивного белка, активности каталазы в плазме крови, витамина Е в сыворотке крови больных [5, 16, 28].

Со студентами 4-6 курсов преподаватели могут наладить более сложные методики, такие как реакция торможения миграции лейкоцитов или макрофагов у животных, определение моноклональных антител, лизоцима в крови больных, реакцию пассивной гемагглютинации [3, 13, 29].

Подготовка на теоретических кафедрах гигиенического профиля включает изучение основных разделов гигиены, в частности, гигиены труда. На кафедре гигиены и экологии студенты учатся оценивать влияние различных веществ на состояние здоровья рабочих различных отраслей промышленности Донбасса. Преподаватели, которые активно занимаются научной работой, направляют студентов на освоение гигиенической оценки условий труда больных рабочих, изучают риски развития различных заболеваний. Например, оценка риска развития заболеваний легких у горнорабочих угольных шахт, таких как пневмокониоз или пылевой бронхит, под влиянием угольно-породной пыли. Изучают влияние различных типов питьевой воды в эксперименте и на практике [2, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 18, 19, 21].

Профпатология изучается на кафедре профессиональных болезней и радиационной медицины ДонНМУ. На кафедре профболезней и радиационной медицины наши студенты учатся правильно проводить выкопировку из историй болезни в протоколы исследований, оценивать функциональные нарушения в организме обследованных горнорабочих с помощью спирографии, бодиплетизмографии, эхокардиографии, электроэнцефалографии, электрокардиографии [25]. Также под руководством преподавателей студенты учатся работать в программах Office Word и Excel и осваивают параметрические и непараметрические методы обработки научных данных [6, 15, 17, 22, 23, 24, 27].

Работа студентов в СНО расширяет их знание предмета. Кроме практических навыков они учатся работать в научной библиотеке, правильно находить источники информации для подготовки статей и тезисов. Под руководством преподавателей студенты учатся писать тезисы и оформлять доклады на научные конференции. На старших курсах студенты учатся правильному написанию научных статей.

В НИИ МПС подготовка студентов-кружковцев может дополняться работой в поликлинике в качестве среднего медицинского персонала с освоением всех основных поликлинических нормативов и документации. Важным разделом обучения является прохождение студентами производственной практики на базе основных клинических отделений НИИ МПС. Основным обучающим моментом является участие студентов в проведении медико-биологических экспериментов, как с животными, так и с испытуемыми (ими могут выступать часто сами студенты) с последующей обработкой полученного экспериментального материала студентами СНО и поисками возможной интерпретации по данным литературных источников. Студенты принимают активное участие в научной работе в кабинете пограничных состояний НИИ МПС.

#### **Выводы.**

1. Целесообразно привлекать студентов различных факультетов медицинского университета для участия в работе студенческого научного кружка на базе кафедр и специализированных НИИ.

2. Участие в СНО позволяет студентам на теоретических кафедрах научиться работать с лабораторными животными, самостоятельно проводить лабораторные исследования на современном уровне.

3. На клинических кафедрах и в специализированных НИИ СНО позволяет студентам-кружковцам более углубленно освоить клинические и функциональные методы исследования и их оценку.

4. Выпускники, успешно работавшие в СНО, являются основным кадровым резервом преподавателей университета и научных сотрудников НИИ.

#### **Литература**

1. Барановский П. В. Определение циркулирующих иммунных комплексов методом спектрофотометрии / П. В. Барановский, Б. И. Рудык // Лаб. дело. – 1982. – № 12. – С. 35-37.

2. Басанец А. В. Вплив пилового фактора на розвиток пневмоконіозу у шахтарів України / А. В. Басанец // Довкілля та здоров'я. – 2007. – № 2. – С. 55-58.

3. Бебешко В. Г. Моноклональные антитела в клинической радиационной иммунологии: Метод. рекомендации / Сост.: В. Г. Бебешко, А. А. Чумак, Д. А. Базыка. – Киев, 1993. – 15 с.
4. Виксман М. Е. Способ оценки функциональной активности нейтрофилов человека по реакции восстановления нитросинего тетразолия: Метод. рекомендации / Сост.: М. Е. Виксман, А. Н. Маянский. – Казань, 1979. – 12 с.
5. Гаврилов В. П. Спектрофотометрическое определение гидропероксидов липидов в плазме крови / В. П. Гаврилов, М. И. Мишкорудная // Лаб. дело. – 1983. – № 3. – С. 33-36.
6. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. – Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – 459 с.
7. Гигиена экологической среды Донбасса / В.И. Агарков, С.В. Грищенко, В.Я. Уманский [и др.] – Донецк: 2004. – 172 с.
8. Гигиеническая оценка комбинированного действия физических производственных факторов глубоких шахт / Д.О. Ластков, А.В. Соловьев, А.И. Пичахчи [и др.] // (Актуальные вопросы профилактики воздействия шума, вибрации, ультразвука в условиях современного производства). Тез. докл. Всесоюз. конф., посвящ. 100-летию со дня рождения Е.Ц. Андреевой-Галаниной (28-29 июля 1988 г.) / Под ред. Н.Ф. Измерова, Г.А. Суворова. – М., 1988. – Т.1, Вып.33. – С. 153-154.
9. Гигиенические аспекты противорадиационной защиты горнорабочих угольных шахт / В.Я. Уманский, Д.О. Ластков, В.Ю. Николенко [и др.] // Вестн. гигиены и эпидемиологии. – 1999. – № 1. – С. 180-185.
10. Госпитальные инфекции, вызванные *Pseudomonas aeruginosa*. Распространение и клиническое значение антибиотикорезистентности / С.В. Сидоренко, С.П. Резван, Г.А. Стерхова [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. – 1999. – № 3. – С. 25-34.
11. Грищенко В.С. Санитарно-гигиеническая характеристика основных технологий очистных, проходческих работ, вспомогательных процессов и применяемой горной техники в угольных шахтах / В.С. Грищенко // Медицина труда в угольной промышленности. – Донецк, 2000. – С. 7-15.
12. Измеров Н.Ф. Профессиональные заболевания / Н.Ф. Измеров. – М.: Медицина, 1996. – Т. 2. – 479 с.
13. Иммунологические методы: Пер. с нем. / Под ред. Г. Фримеля. – М.: Медицина, 1987. – 472 с.
14. Кобец Г.П. Условия труда и состояние здоровья горнорабочих угольных шахт Донбасса / Г.П. Кобец, В.В. Суханов, Н.И. Меняйло // Врачеб. дело. – 1992. – № 11-12. – С. 125-132.
15. Куланчев А.П. Методы и средства анализа данных в среде Windows STADIA / А.П. Куланчев. – М.: Информатика и компьютеры, 1999. – 342 с.
16. Лабораторные методы исследования в клинике: справочник / [В.В. Меньшиков, Л.Н. Делекторская, Р.П. Золотницкая и др.] ; под ред. В. В. Меньшикова. – М.: Медицина, 1987. – 368 с.
17. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н. Лапач, А.В. Губенко, П.Н. Бабич. – Киев: Морион, 2000. – 320 с.
18. Ластков Д. О. Гігієнічні основи профілактики шкідливої дії фізичних виробничих чинників на гірників вугільних шахт: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.02.01 / Донецький держ. медичний ун-т ім. М. Горького. — Донецьк, 2000. — 35 с.
19. Максимович В.А. Шахтный микроклимат / В.А. Максимович, О.С. Горецкий, И.И. Солдак // Медицина труда в угольной промышленности. – Донецк, 2000. – С. 38-43.
20. Модель хронічного обструктивного захворювання на щурах / О.Ю. Ніколенко, В.Ю. Ніколенко, М.Г. Ламбріно, С.І. Ліннік // Досягнення медичної науки як чинник стабільності розвитку медичної практики: Збірник матеріалів науково-практичної конференції, 11-12 квітня 2014 р., Дніпропетровськ. – Дніпропетровськ, 2014. – С. 65-70.
21. Мухин В.В. Уровень, структура, и динамика сочетанных форм профзаболеваний у



горнорабочих угольных шахт Донецкой области / В.В. Мухин, Г.С. Передерий, Н.М. Харковенко // Медицина труда и промышленная экология. – 2003. – №9. – С.11-13.

22. Николенко О.Ю. Особенности преемственности в обучении студентов медицинских факультетов / О.Ю. Николенко, В.Ю. Николенко // “Achievement of high school – 2013”, 17-25 November, 2013 : Материали за ІХ Міжнародна научна практична конференція. – Т. 35, Лекарство. – София: «Бял ГРАД-БГ» ООД, 2013. – С.37-41.

23. Однофакторный дисперсионный анализ в пакете STADIA.6.0 / Применение математических методов в исследованиях по физиологии человека // Ю. Е. Лях, Ю. Г. Выхованец, Е. И. Чуприна [и др.] / Под ред. В.Н.Казакова. – Донецк: Из-во медунивер., 2000. – С. 11-28.

24. Основы компьютерной биостатистики: анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, В.Н. Хоменко, О.А. Панченко. – Донецк: Папакица Е. К., 2006. – 214 с.

25. Остапенко Т.А. Особливості та переваги методів функціональної діагностики професійних захворювань бронхолегеневої системи / Т.А.Остапенко, А.В.Басанец // Журн.практ. лікаря. – 2005. – № 4. – С. 16-18.

26. Работа у студентському науковому гуртку як система навчання студентів медичних факультетів / В.Ю. Ніколенко, Д.О. Ластков, О.Ю. Ніколенко [и др.] // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – 2013. – №3. – С.90-92.

27. Сергиенко В.И. Математическая статистика в клинических исследованиях / В.И. Сергиенко, И.Б. Бондарева. – М. : ГЕОТАР-МЕД, 2001. – 256 с.

28. Справочник медицинские лабораторные технологии / Под ред. А.И.Карпищенко. – Санкт-Петербург: Интермедика, 2002. – Т. 2. – 600 с.

29. Nikolenko O.Y. Peculiarities of fagocytic activity of neutrophils in rats with a model of Colinet-Caplan's syndrome / O.Y. Nikolenko, J.A. Lygina, V.Y. Nikolenko // Materiály IX mezinárodní vědecko - praktická konference “Veda a vznik – 2013/2014”, 27 prosincu 2013 – 05 ledna 2014 roku. – Díl 29. Lékařství. Biologické vědy. – Praha: Publishing House «Education and Science» s.r.o. 2013/2014. – P. 26-29.

#### ACTUAL QUESTIONS OF EDUCATION OF SCIENTIFIC PERSONNEL IN THE STUDENT'S SCIENTIFIC ORGANIZATION OF UNIVERSITY AND SCIENTIFIC RESEARCH INSTITUTE OF FAMILY MEDICAL PROBLEMS

Nikolenko V.Yu., Ajkashev V.A., Lastkov D.O., Vorobeva V.G., Busurin M.Yu., Frolova T.E., Mukhin I.V., Nikolenko O.Yu., Rinsevich J.S.  
M.Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The Student's scientific organization gives possibility to students of medical faculties independently to master methods of laboratory researches and to learn to work with animals on theoretical chairs and in laboratories of Scientific Research Institute of MPF, and also to master methods of functional diagnostics on clinical chairs and in institute departments.

**Keywords:** scientific personnel, students.

УДК 616-0.57:613.6

#### ИНТЕГРАЦИЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Николенко В.Ю., Бондаренко Г.А., Данилов Ю.В., Тищенко А.В.,  
Николенко О.Ю., Ладария Е.Г., Боева И.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская клиническая больница профессиональных заболеваний

**Резюме.** Проанализирована взаимосвязь и преемственность гигиенических,

клинических и социальных университетских курсов, знание которых обеспечивает успешность обучения в курсе профессиональной патологии. Обсуждены методические подходы к формированию у студентов навыков профилактики и реабилитации на основе интеграции знаний.

**Ключевые слова:** медицина труда, профессиональные заболевания

Значение профессиональной патологии (ПП) как медицинской дисциплины, направленной на охрану здоровья работающего населения, отражено, среди прочего, и в том, что её изучение предусмотрено в структуре медицинского образования при формировании новой специальности – медицины труда. Профессиональная патология (ПП) – самостоятельная клиническая дисциплина, обладающая собственной терминологией, методами и приёмами диагностики и лечения. Опыт показывает, что изучение этого курса с одной стороны требует, а с другой – обеспечивает интеграцию на новой основе ранее накопленных знаний и навыков [1, 6]. Овладение студентами ПП является важной вехой в их образовании в связи с тем, что впервые предоставляется возможность практически соотнести условия труда человека с развивающейся в этих условиях специфической и неспецифической патологией, применить знания по диагностике и лечению, находить решение не только медицинских, но социальных вопросов.

Кафедра профессиональных заболеваний Национального медицинского университета за пятидесятилетнюю историю накопила большой опыт преподавания этой дисциплины. Объединение курсов ПП и радиационной медицины на одной кафедре, состоявшееся в 1991 году, оправдано тем, что, по сути, профессиональные заболевания и радиационные эксцессы – это проблемы экологической патологии, а также тем, что лучевые поражения (острая и хроническая лучевая болезнь, местные лучевые поражения) входят в перечень профессиональных заболеваний и являются предметом изучения ПП. Кафедрой собран большой иллюстративный материал для обучения студентов и последипломного обучения врачей по ПП. Во многом успешность преподавания определяется возможностями клинической базы, которой является Республиканская клиническая больница профессиональных заболеваний, единственное самостоятельное лечебное учреждение подобной специализации. Имея современное оборудование для функциональной диагностики (бодиплетизмограф, компьютерные спирографические комплексы и др.), большое отделение гипербарической оксигенации, высококвалифицированный коллектив (некоторые врачи имеют учёные степени и опыт преподавания, ведут научные исследования), клиника способствует формированию положительного представления о современном специализированном лечебном учреждении [3, 6].

Начинается знакомство с ПП систематизацией представлений о вредных факторах труда в промышленности, сельском хозяйстве и др. отраслях. Кроме того, студенты получают возможность точно также обобщить накопленные знания о профессиональных заболеваниях, как редких (кессонная болезнь, болезни от воздействия ионизирующих и неионизирующих излучений), так и

распространённых (хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОЗЛ), радикулопатии, многие аллергические и инфекционные заболевания и др.). Вредные факторы и условия труда чаще всего отражают технологию производственного процесса, его оборудование, напряженность и длительность трудового процесса. Очевидна возможность одновременного воздействия на работающего многих вредных факторов. Не все студенты представляют себе условия труда представителей основных профессий угледобывающих предприятий, но производимый на практическом занятии подробный анализ санитарно-гигиенических характеристик в значительной мере ликвидирует этот пробел. Указание на физическую тяжесть и напряженность труда, влияние нагревающего микроклимата расширяют знания студентов о возможных профессиональных заболеваниях за пределы пылевой, вибрационной и шумовой патологии, знакомых студентам лучше [5].

На протяжении курса ПП студенты изучают действующий в Украине Перечень профессиональных заболеваний, где представлены болезни нервной и сердечно-сосудистой систем, органов дыхания, зрения, слуха, кожи, крови и др. Имея определённую подготовку по дисциплинам, где эти болезни были в той или иной мере изучены, студенты 5 и, особенно, 6 курса, когда сделан выбор специальности, получают возможность практически эти знания применить, изучить протоколы оказания медицинской помощи при профессиональных заболеваниях, составленные с позиций доказательной медицины [4].

Располагая знаниями об условиях труда медицинских работников, студенты в состоянии адекватно применить Перечень профессиональных заболеваний в отношении тех медицинских специальностей, представители которых подвергаются влиянию вредных факторов труда. Особый интерес привлекает угроза заражения медицинских работников гепатитом, ВИЧ-инфекцией при нарушении целостности кожных покровов (хирурги, травматологи, манипуляционный персонал и т.п.). При дискуссии на эту тему более активными являются студенты, совмещающие учёбу в медицинском университете с работой в качестве среднего медицинского персонала. Они хорошо знают особенности учёта таких экстренных ситуаций в отделениях лечебных учреждений, правильно оценивают современную ситуацию с диагностикой названной патологии и необходимые меры по её профилактике. Так же подробно изучаются туберкулёз как достаточно часто встречающееся профессиональное заболевание у работников фтизиатрической службы, и лучевые поражения и лейкозы у радиологов-диагностов и т.п., которые представляют в большей мере теоретический интерес.

При изучении этой проблемы и многих других вопросов ПП студенты сталкиваются с проблемами биоэтического характера: использование труда женщин и работников старших возрастных групп, несоответствие между ожиданиями работника о размерах компенсации при снижении трудоспособности и законодательной базой экспертизы при решении экспертных вопросов и др. [3]. Способность принимать решения, согласованные с позиций гуманизма, биоэтики и нормативных документов –

один из важных итогов изучения профпатологии.

При изучении ПП удаётся добиться умения студентов формулировать диагноз, полностью отражающий состояние системы и наличие функциональных расстройств. Так практически апробируются представления «болезнь» и «диагноз». Убедившись на конкретных примерах по экспертизе трудоспособности (с привлечением современных инструкций, применяющихся в МСЭК), насколько правильность и полнота и обоснованность диагноза определяют экспертное решение, студенты ответственно относятся к изучению конкретных методик диагностики в ПП. Заполняя на практическом занятии (6 курс) форму для направления больного профессиональным заболеванием для освидетельствования в МСЭК, например, с ХОЗЛ пылевой этиологии, студент должен интегрировать свои навыки по диагностике болезней лёгких: знание методов оценки функции внешнего дыхания, методик кардиологического обследования с целью выявления признаков хронического лёгочного сердца и степени его компенсации и др. В большинстве случаев такая работа, востребованная в практической деятельности врачей многих специальностей, выполняется впервые, вызывает интерес и понимание значимости этого практического навыка. Особенности экспертизы трудоспособности при ПП привлекают внимание студентов к современным нормативным документам о предварительных и периодических медицинских осмотрах, к абсолютным и относительным противопоказаниям к труду во вредных условиях.

Использование в клинике профессиональных заболеваний самых современных методов лечения даёт возможность студентам отработать навыки просвещения больных, пропаганды современных средств доставки лекарств. Нередки случаи, когда не имеющие этого опыта студенты разделяют недоверие больных к дозированным аэрозолям кортикостероидных препаратов. И только подробный анализ имеющихся у студентов представлений о системном и местном действии кортикостероидов, проведённый на практическом занятии по ХОЗЛ пылевой этиологии, позволяет сформировать научную платформу для применения этих признанных во всём мире методов лечения.

Особо следует указать на изучение острых интоксикаций, в т.ч. монооксидом углерода и метаном. Если метановые поражения – это проблема безопасности профессиональной деятельности горняков, то с поражением монооксидом углерода врачи сталкиваются чаще, в том числе, и в быту. Овладение знаниями о патогенезе и клинике поражений монооксидом углерода и метаном не вызывает затруднений у студентов, владеющих представлением о разных видах гипоксии. Посвященное этой теме занятие позволяет подробно изучить возможности такого современного способа лечения как гипербарическая оксигенация. Обсуждение возможностей этого метода выходит за пределы интоксикаций, вовлекая темы других гипоксических состояний и болезней, при которых, и это известно студентам, применение этого метода во многом определяет успех лечения. Проведение этого занятия в условиях отделения гипербарической оксигенации с привлечением врачей анестезиологов-реаниматологов обеспечивает его высокий познавательный

эффект [2].

Кафедра профессиональных заболеваний имеет все возможности для изучения такой распространенной патологии как пневмокониозы с позиций современных требований к диагностике. Возможности клиники позволяют ознакомить студентов с рентгенологическими стандартами Международной организации труда, являющимися основой диагностики пневмокониозов во всём мире. Курируя больных пневмокониозом, студенты усваивают своеобразие алгоритма установления диагноза этой болезни, который в определённой степени отличается от традиционного. Определяющими обстоятельствами при диагностике пневмокониозов являются не жалобы и анамнез (которые, безусловно, учитываются), а характерные рентгенологические изменения в лёгких у человека, имеющего длительный стаж работы с промышленными аэрозолями. При проведении дифференциального диагноза пневмокониозов с некоторыми болезнями на основе рентгенологического сходства, возникает необходимость в привлечении знаний о болезнях, знакомых студентам недостаточно (саркоидоз, фиброзирующий альвеолит и др.) [5].

Необходимо отметить особенности изучения ПП студентами 6 курса медико-профилактического факультета. В этом случае интегрирующая роль ПП прослеживается особенно, так как имеется возможность полно и подробно рассмотреть клинические и социальные аспекты проблем, с которыми будет сталкиваться каждый выпускник этого факультета в качестве эпидемиолога, врача по гигиене труда или специалиста в другой области гигиены. На этих занятиях ПП рассматривается как важная составляющая медицины труда.

Одной из задач преподавания ПП является преодоление в сознании студентов предубеждения по отношению к санитарному просвещению. Большинство студентов считает, что гораздо в большей степени, чем вредные привычки, состояние здоровья населения определяется социальной ситуацией в стране, когда отсутствуют возможности для своевременной диагностики и полноценного лечения у некоторых категорий населения. Важной задачей является убедить студента, что перечисленные обстоятельства не только не обесценивают значения санитарного просвещения, а увеличивают его ценность как средства эффективной профилактики. Достаточно эффективными оказываются задания для студентов составить и провести беседы с больными на тему: «Здоровый образ жизни как элемент профилактики профессиональных заболеваний», «В чём вред курения?» и др. Необходимость наполнить беседу убедительными аргументами побуждает студента к поискам современной информации в разных медицинских дисциплинах, заставляет анализировать и синтезировать эту информацию. В свою очередь поиск наиболее убедительных аргументов в пользу здорового образа жизни, который осуществляется студентами при самостоятельной работе, не только вооружает их современными знаниями для санитарно-просветительной работы среди работников предприятий с вредными условиями труда, но и сказывается на формировании здорового образа жизни молодого специалиста как

мировоззренческой основы жизни [6].

### Литература

1. Бодаченко Т.П. Межкафедральная интеграция в формировании у студентов навыков профилактики и реабилитации / Т.П. Бодаченко, Ю.В. Данилов, Н.А. Анисеева // Актуальні проблеми реформування охорони здоров'я. – Донецьк, 2003. – С.57-64.
2. Ніколенко А.В. Гірничо-геологічні характеристики вугільних шахт у гірників із гострими отруєннями чадним газом / А.В. Ніколенко, В.Ю. Ніколенко // *Materialy IX Miedzynarodowej naukowo-praktycznej konferency „Nauka i inowacja – 2013”*. – Volume 14. Medycyna. – Przemysl: Nauka i studia, 2013. – Str. 47-51.
3. Ніколенко В.Ю. Биоэтические аспекты профессиональных болезней от физических факторов / В.Ю. Ніколенко, Д.О. Ластков // III Національний конгрес з біоетики, 8-11 жовтня 2007, Київ, 2007.- С. 112.
4. Ніколенко В.Ю. Работа у студентському науковому гуртку як система навчання студентів медичних факультетів / В.Ю. Ніколенко, Д.О. Ластков, О.Ю. Ніколенко [и др.] // Південноукраїнський медичний науковий журнал. – 2013. – №3. – С.90-92.
5. Основні ланки патогенезу пневмоконіозу у модельному експерименті та у гірників вугільних шахт / В.Ю. Ніколенко, О.Ю. Ніколенко, С.С. Боева [и др.] // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – Т. 59 № 2 – С. 135-137.
6. Современный опыт преподавания курса профессиональной патологии как интегрирующей дисциплины / Г.А. Бондаренко, Т.П. Бодаченко, Е.А. Гладчук, В.Ю. Ніколенко // Вопросы здравоохранения Донбасса: Сборник научных статей. – Донецк, 2005. – Вып.10. – С.39-42.

#### INTEGRATION OF MEDICOBIOLOGICAL KNOWLEDGE AT STUDYING OF THE OCCUPATIONAL PATHOLOGY AT MEDICAL UNIVERSITY

Nikolenko V.Yu, Bondarenko G.A, Danilov Yu.V., Tishchenko A.V., Nikolenko O.Yu, Ladarija E.G., Boeva I.A.

M.Gorky Donetsk national medical university  
Republican hospital of occupational diseases

**Summary.** The interrelation and continuity of the hygienic, clinical and social university courses which knowledge provides success of training in a course of a occupational pathology is analysed. Methodical approaches to formation at students of skills of preventive maintenance and aftertreatment on the basis of integration of knowledge are discussed.

**Keywords:** occupational medicine, occupational diseases.

УДК 616-0.57:613.6

#### СОВРЕМЕННЫЕ ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА-ПРОФПАТОЛОГА

Николенко В.Ю., Бондаренко Г.А., Денисенко А.Ф., Николенко О.Ю., Ласткова Н.Д., Боева И.А., Игошина А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская клиническая больница профессиональных заболеваний

**Резюме.** Подготовка врача-профпатолога должна включать современные методы

обучения, прежде всего интерактивные. Новые подходы к обучению позволяют увеличить объем изученного материала и глубину его усвоения. Обсуждены методические подходы к формированию у врачей навыков профилактики и реабилитации на основе современных технологий обучения.

**Ключевые слова:** профпатолог, интерактивное обучение

В последние годы технологический прогресс в области медицины позволил повысить качество диагностики целого ряда заболеваний, что, в свою очередь, позволило оказывать более своевременную и высококвалифицированную специализированную врачебную помощь. Однако в вопросах диагностики профзаболеваний и соответственно в лечении таких больных существенно прогресса не отмечается. Поэтому основным звеном профпатологической помощи остается работа врача-профпатолога и врачей других специальностей, прошедших подготовку по вопросам профпатологии и медицины труда, что позволяет им своевременно заподозрить возможность развития профзаболевания у работающих во вредных и опасных условиях труда.

В связи с этим кафедра профболезней и радиационной медицины Донецкого национального медицинского университета им.М.Горького проводит регулярные курсы по подготовке врачей-профпатологов и врачей узких специальностей: терапевтов, невропатологов, хирургов, отоларингологов, окулистов, гинекологов на курсах тематического усовершенствования «Актуальные вопросы профпатологии и терапии» в течение месяца. В ходе курсов рассматриваются наиболее важные вопросы выявления, лечения и профилактики основных видов профзаболеваний: пылевой этиологии, от воздействия физических, химических и биологических факторов производственной среды, острых и хронических производственных интоксикаций, профзаболеваний, развивающихся у работающих в ведущих отраслях промышленности Донбасса и сельского хозяйства [4].

Учитывая, что врачи проходят обучение всего в течение месяца раз в пять, а довольно часто и раз в десять-пятнадцать лет, возникает необходимость использования в обучении новых методов, увеличивающих интенсивность обучения и усиливающих активное усвоение предлагаемого преподавателем материала. К таким методам и относится интерактивное обучение [1, 4].

Интерактивное обучение - обучение, построенное на взаимодействии всех обучающихся, включая педагога. От английского (inter - "между"; act - "действие") - методы обучения, позволяющие учиться взаимодействовать между собой. Эти методы наиболее соответствуют лично ориентированному подходу, так как они предполагают со-обучение (коллективное, обучение в сотрудничестве), причем и обучающийся и педагог являются субъектами учебного процесса. Педагог чаще выступает лишь в роли организатора процесса обучения, лидера группы, создателя условий для инициативы учащихся. Интерактивное обучение основано на прямом взаимодействии учащихся со своим опытом и опытом своих соучеников, так как большинство интерактивных упражнений обращается к опыту самого

учащегося, причем не только учебному. Новое знание, умение формируется на основе такого опыта. Если рассмотреть современные подходы, то интерактивное обучение можно классифицировать на десятки самых разных методов [2].

Однако, мы наиболее подробно остановимся на наиболее приемлемых, на наш взгляд, методах интерактивного обучения в медицинском ВУЗе для врачей-профпатологов, наиболее часто используемых на кафедре профессиональных болезней и радиационной медицины ДонНМУ.

Постоянным методом обучения курсантов является работа в малых группах – совместная деятельность курсантов в группе под руководством лидера, направленная на решение общей задачи путем творческого сложения результатов индивидуальной работы членов команды с делением полномочий и ответственности.

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. Чем больше группа, тем больше умения должны проявлять учащиеся, чтобы дать каждому возможность высказаться.

Маленькие группы более эффективны, поскольку быстрее поддаются организации, быстрее работают и предоставляют каждому врачу-курсанту больше возможностей внести в работу свой вклад.

Наиболее часто на кафедре используется в обучении с малыми группами кейс-метод.

Метод case-studies 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. Основная функция кейс-метода - учить курсантов решать сложные неструктурированные проблемы, которые невозможно решить аналитическим способом. Кейс активизирует курсантов, развивает аналитические и коммуникативные способности, оставляя обучаемых один на один с реальными ситуациями. По сути, кейсы - интегрированные комплексные ситуационные задачи. Если курсанты на кафедре на каждом занятии, в том числе в ходе итогового контроля решают ситуационные задачи, как, например, на кафедре профессиональных болезней и радиационной медицины, то это и называется кейс-технологией [2, 3].

При подготовке заданий исходили из разработанных Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) определенных требований к подготовке экзаменационных упражнений (задач) на моделирование в медицине.

1. Задача должна быть представлена обычной получаемой от больного информацией, а не суммой наиболее характерных признаков. Описание задачи должно соответствовать типичной для больного форме изложения.



2. Упражнение должно содержать задание на серию последовательных и взаимосвязанных решений, отражающих различные этапы в постановке диагноза и определении курса лечения больного.

3. Экзаменующийся должен уметь получить конкретную информацию о результатах каждого решения, которые послужат основой дальнейших действий.

4. Формулировка задачи должна включать различные медицинские подходы и учитывать различные реакции больного соответствующие этим подходам.

5. Каждый раздел задачи должен предполагать много возможных привходящих обстоятельств и свободный выбор методов диагностики и лечения. По форме это может быть как бы произвольный перечень процедур. По сути это должна быть тщательно подобранная группа процедур, позволяющая экзаменуемому получать информацию необходимую для успешного решения задачи. Выбор гипотезы решения должен быть абсолютно свободным, что предполагает возможные ошибочные варианты. Этот ход мышления курсантов оценивается соответствующим образом.

6. Необходимо сведения сократить до минимума данных задачи, получаемых в готовом виде, что приведет к поиску экзаменующимся информации, необходимой ему для правильного решения.

В качестве материала для «case studies» использовали истории болезни конкретных больных (из этических соображений убираются личные данные больного). В архиве проводили отбор историй болезни с типичным вариантом течения заболевания, с различными вариантами осложнений (такую работу выполняли курсанты в качестве самостоятельной работы). Ксерокопии этих историй болезни и пополняют кафедральную базу данных «case studies» и используются как дидактический раздаточный материал на занятиях. К каждой истории болезни разрабатываются задания или вопросы. Например, оцените по имеющимся данным, на какой стадии патогенеза находится больной в такой-то день пребывания в стационаре. Выступив в роли эксперта, проведя анализ документации, курсант будет более тщательно и ответственно подходить к оформлению медицинской документации в дальнейшем [4].

Для больного с профессиональной патологией в диагностическом процессе важно присутствие документов, наиболее полно отражающих профмаршрут (копия трудовой книжки), условия труда (санитарно-гигиеническая характеристика рабочего места) и динамику заболевания (выписка из амбулаторной карты с указанием всех заболеваний с временной утратой трудоспособности).

Если в отделении в данный момент отсутствуют пациенты с конкретной патологией, знание которой требуется по программе, или требуется дать задание курсанту, то удобно обращаться к «case studies».

В современных учебных классах преподаватели активно используют мультимедийные обучающие программы (работа с электронными учебниками, иллюстрациями, решение тестов, работа с web-сайтом кафедры, электронной биомедицинской библиотекой, Интернетом в компьютерном классе кафедры).

### **Выводы**

1. Современные интерактивные методы обучения занимают ведущее место в подготовке врачей-профпатологов на базе кафедры профессиональных болезней и радиационной медицины.

2. Используемые методы позволяют более углубленно подготовить врачей к лечению и профилактике профессиональных заболеваний у трудящихся Донбасса.

### **Литература**

1. Бондаренко Г.А. Информационные технологии в медицинском образовательном процессе / Г.А. Бондаренко, А.Ф. Денисенко, В.Ю. Николенко / Медицина военного времени. – Донбасс – 2014-2015: Материалы международной научно-практической конференции, ДНР, г.Донецк, 29-30 октября 2015 г. – Донецк: ДонНМУ им.М.Горького, 2015. – С. 199-200.

2. Интерактивные методы обучения студентов в медицинском ВУЗЕ: Метод.рекомендации / Н.В. Ванханен, А.Э. Дорофеев, Т.В. Мягкова [и др.] // Под общ. ред. проф. А.Э.Дорофеева. – Донецк, 2013. – 22 с.

3. Основні ланки патогенезу пневмоконіозу у модельному експерименті та у гірників вугільних шахт / В.Ю. Ніколенко, О.Ю. Ніколенко, С.С. Боева, А.І. Солоділов, Х.Е. Могилевська // Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – Т. 59 № 2 – С. 135-137.

4. Современный опыт преподавания курса профессиональной патологии как интегрирующей дисциплины / Г.А. Бондаренко, Т.П. Бодаченко, Е.А. Гладчук, В.Ю. Николенко // Вопросы здравоохранения Донбасса: Сб. научн. статей. – Донецк, 2005. – Вып. 10. – С.39-42.

### **MODERN INTERACTIVE METHODS OF TRAINING IN EDUCATION OF THE OCCUPATIONAL DOCTOR**

Nikolenko V. Yu, Bondarenko G. A, Denisenko A.F., Nikolenko O. Yu, Lastkova N.D., Boeva I.A., Igoshina A.V.

M.Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** Preparation of the occupational doctor should include modern methods of training, first of all the interactive. New approaches to training allow to enlarge volume of the studied material and depth of its mastering. Methodical approaches to formation at doctors of skills of preventive maintenance and after treatment on the basis of modern technologies of training are discussed.

**Keywords:** the occupational-doctors, interactive training.

УДК 615.47+615.82

**МЕДИЦИНСКИЕ ТРЕНАЖЕРЫ – «ЗА» И «ПРОТИВ»**

Островский И.М., Челпан Л.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** Авторы предупреждают о негативных сторонах полного перехода на

тренажеры.

**Ключевые слова:** медицинские тренажеры, обучение студентов, практические навыки.

Неоспоримо значение тренажеров в процессе обучения студентов-медиков младших курсов, когда только происходит становление навыков пальпации, перкуссии и аускультации. Современные, подключенные к компьютеру, или с компьютером внутри аппараты позволяют имитировать тоны сердца и легочные шумы с большой точностью, причем как нормальные, в том числе для детей разного возраста, так и патологические. Воспроизводимые звуки можно усиливать через динамики для коллективного восприятия и обсуждения. Тренажер позволяет проводить процесс аускультации неоднократно, до полного усвоения обучающимся. Возможность имитировать картину заданной патологии позволяет услышать на тренажере то, что не всегда возможно продемонстрировать в клинике.

Не меньшее значение имеют тренажеры для оказания неотложной помощи, приемам которой можно обучиться только таким образом.

Но есть несколько отрицательных моментов. Во-первых, стоимость. Так, тренажер «Child Heart & Lungs Sound Trainer» стоит 1860 €, тренажер «Auscultation Trainer and SmartScope», имитирующий обследование взрослого пациента, не требующий подключения к компьютеру и управляемый дистанционно, стоит 3432 €.

Во-вторых, существует множество навыков, которые нельзя освоить на тренажере. Разве может тренажер обучить навыку общения с детьми, особенно младшего возраста? Так же навык сбора анамнеза, который корифеи медицины считают половиной диагноза, оценка общего состояния, эластичность кожи, толщина подкожно-жирового слоя, тургор мягких тканей, пробы щипка, осмотр конъюнктивы, тонус и сила мышц, рефлексy и т.д. и т.п.

Навыки пальпации очень трудно отработать на самом качественном тренажере. А как показать студенту, что такое, скажем, фолликулярный кератоз? Не изобретать же из-за этого специальный тренажер? Или как ощутить выступающую над поверхностью кожи геморрагическую сыпь? Как пропальпировать на тренажере увеличенные лимфоузлы или слюнные железы, щитовидную железу?

Как смоделировать в одном тренажере все признаки, примером, бронхообструктивного синдрома: диффузные хрипы в легких, дистанционные хрипы, затрудненный выдох с участием вспомогательной мускулатуры, признаки эмфиземы (коробочный оттенок легочного звука, бочкообразная грудная клетка, горизонтальное стояние ребер)?

Как смоделировать наблюдение за течением болезни у пациента?

Как без пациента провести пробы, например, модную нынче пробу Руфье?

Какой тренажер проведет самооценку болевых ощущений при пальпации брюшной полости?

Хочется надеется, что в процессе перестройки республиканских

стандартов медобразования под российские, мы не выплеснем с водой и ребенка, т.е. не будем слепо копировать все, в частности отказ от работы с больным, хотя бы потому, что у нас нет и в ближайшее время не предвидится большого количества тренажеров, а также с учетом вышесказанного.

Еще один аспект – в России вместе со студентами отстранены от лечебной работы, т.е. от самосовершенствования и сотрудники кафедр, и вместо того, чтобы быть помощью для здравоохранения, они теряют навыки врачевания становятся теоретиками, а преподаватель без практики и самосовершенствования, на наш взгляд, плохой преподаватель.

#### MEDICAL SIMULATORS - "FOR" AND "AGAINST"

Ostrovskiy IM, Chelpan LL

M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The authors warn about the negative aspects of transition to education only by simulators.

**Keywords:** medical simulators, teaching students practical skills.

УДК 616.1/9:617.7:377.315

#### ДЕЛОВАЯ ИГРА КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ «ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗ ПРИ ОБЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ»

Павлюченко К.П., Олейник Т.В., Мухина Е.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** Проанализированы результаты проведения учебного процесса на кафедре офтальмологии по кредитно-модульной системе с использованием проведения деловой клинической игры. Профессионально ориентированные ролевые игры повышают мотивацию студента к изучению темы занятия, лучшему усвоению теоретического материала, так как разыгрываемая клиническая ситуация приближена к его будущей профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** учебный процесс, офтальмология, деловая игра.

Согласно научным данным, состояние органа зрения является индикатором функционирования практически всех жизненно важных систем организма. Врач любой специальности должен знать офтальмологические проявления общих заболеваний, имеющие важное значение в доклинической диагностике целого ряда соматических заболеваний, с которыми студенты встречаются на протяжении всех лет обучения в ВУЗе. Поэтому на кафедре офтальмологии изучению темы «Изменения глаз при общих заболеваниях» уделяется особое значение. Эту задачу помогает решить организация учебного процесса в форме деловой клинической игры, во время которой моделируется несколько клинических ситуаций, характерных для врачебной деятельности.

**Цель:** повышение уровня знаний и активизация познавательной деятельности студентов путем организации учебного процесса в форме деловой клинической игры.

**Материал и методы.** Внедрение кредитно-модульной системы

обучения требует использование новых форм учебной деятельности для повышения мотивации студентов в приобретении знаний. На кафедре офтальмологии, кроме основных форм, используется ряд вспомогательных методик, формирующих теоретическую базу и клиническое мышление. Одной из таких форм является деловая игра. Цель деловой игры по теме занятия «Изменения глаз при общих заболеваниях» направлена на формирование умений четко ориентироваться в офтальмологических проявлениях общих заболеваний. Преподаватель заранее готовит примеры клинических ситуаций, которые будут выноситься для деловой игры на занятие (например, паралическое косоглазие, экзофтальм, различные виды гемианопсий, тромбоз кавернозного синуса, каротидно-кавернозное соустье). Для проведения деловой клинической игры определяются основные роли участников: педагог, пациент, врач-офтальмолог, врач-невропатолог, эндокринолог и др. в зависимости от моделируемого клинического примера. В ролевой игре обучение происходит в процессе совместной деятельности, при этом каждый участник выполняет свою задачу, в соответствии с ролью. Студент-«пациент» должен сформулировать жалобы, с которыми больные обычно обращаются к офтальмологу при данной клинической ситуации, смоделировать клинические признаки заболевания. Задача студента- «врача» состоит в том, чтобы по отдельным симптомам воссоздать картину заболевания, дополнить ее результатами методов обследования, поставить диагноз, определить тактику лечения больного. Студент-«педагог» анализирует работу всех участников игры, отмечая положительные стороны и недостатки исполнителей ролей, побуждает к дискуссии, дает возможность участникам защитить отдельные позиции, определяет уровень знаний навыков по данной теме. В процессе обучения студентов обращается их внимание на то, что даже незначительные изменения в органе зрения следует сопоставлять с другими симптомами болезни организма в целом. Выявленные патологические изменения в глазу нередко помогают врачу любой специальности правильно установить диагноз и проводить патогенетическое лечение больному. Например, в нейрохирургии диагностике заболеваний во многом способствуют офтальмологические симптомы (гемианопсии, атрофия зрительного нерва, застойный диск зрительного нерва), которые помогают обнаружить патологию ЦНС на самых ранних стадиях ее развития. Позднее распознавание заболевания приводит к запоздалому оперативному вмешательству, которое становится более опасным для жизни больного, а надежды на восстановление зрительных функций оказываются очень незначительными. Клинико-морфологические изменения на глазном дне при гипертонии, диабете, заболевании крови, почек настолько характерны, что по состоянию глазного дна можно не только диагностировать патологические процессы в организме, но и предсказывать их течение. Например, нарушение кровообращения в центральной артерии сетчатой у гипертоников, гипертоническая нейроретинопатия указывают на очень тяжелое состояние больного и

серьезный прогноз для его жизни. Топографическое соседство глаза с придаточными пазухами носа делают глазное яблоко уязвимым к так называемой перифокальной инфекции (воспалительные заболевания зубов, придаточных пазух носа) и к непосредственному переходу патологического процесса в орбиту.

**Результаты.** Использование такой игровой формы приближает практическое занятие к реальным ситуациям работы врача, что резко повышает интерес студентов, как к данному занятию, так и к предмету вообще. В деловой игре воссоздаются реальные клинические случаи, взятые из практической деятельности. На приеме у врача-окулиста всегда можно видеть больных, направленных на консультацию невропатологом, кардиологом, акушером, инфекционистом, эндокринологом, венерологом и др. В ходе деловой игры студент совершенствует навыки правильно собирать анамнез, определять основные жалобы, получать информацию о перенесенных заболеваниях, определять наличие патологических процессов в семье, анализировать результаты основных и дополнительных методов исследования. Использование такой формы обучения способствует выработке алгоритма постановки диагноза, определения курса лечения. Игра способствует усовершенствованию способностей самовыражения, понимания студентами самих себя и позиций других, развитию чувства ответственности за свои решения, умению действовать согласованно в профессиональном коллективе. По окончании цикла проводилось анкетирование студентов. В 100% случаев студенты отметили, что деловая игра, как форма обучения, повышает интерес к изучаемому предмету, способствует лучшему усвоению темы и формированию клинического мышления.

**Выводы.** Результативность преподавания офтальмологии в форме деловой игры выразилась в повышении рейтинга успеваемости студентов на 20,5%. Таким образом, профессионально ориентированные ролевые игры повышают мотивацию студента к изучению темы занятия, способствуют лучшему усвоению теоретического материала, так как разыгрываемая клиническая ситуация приближена к его будущей профессиональной деятельности.

### **Литература**

1. Веселовская С.Ф, Витовская А.П., Баран Т.В. Особенности преподавания офтальмологии в современных условиях. // “Достижения и перспективы внедрения кредитно-модульной системы организации учебного процесса в высших медицинских (фармацевтическом) учебных заведениях Украины” (Тернополь, 15-16 мая. 2014 г.). – Тернополь: ТГМУ, 2014. – Ч. 2. – 748 с.
2. Ерёмченко А.И., Лысенко О.И., Каленич Л.А., Воложенина О.П., Янченко С.В. Опыт преподавания офтальмологии врачам общей практики в кубанском государственном медицинском университете. // Современные проблемы науки и образования. – 2006. – № 4 – С. 41-42
3. Ахмедьянова Г.Ф., Пищухин А.М. О стратегии модульного преподавания дисциплины в вузе. // Успехи естествознания. -2007.-№10- С.18-20
4. Ермакова Л.А., Химкова Н.А. Научно-исследовательская работа студентов

как начальный этап формирования вузовской науки. //Успехи естествознания. -2013.- №10- С.28-32

5. Иващенко В.В.,Иващенко А.В. «Подводные камни» кредитно-модульной системы в преподавании общей хирургии. // Університетська клініка. - 2011. -№ 2,Т.7-С.128-130

#### BUSINESS GAME AS ONE OF FORMS OF PRACTICAL EXERCISES ON THE TOPIC CHANGES OF EYES AT GENERAL DISEASES

M. Gorky Donetsk National Medical University

Pavlyuchenko K.P, Oleynik TV, Mukhina E.V

**Summary.** The results of the educational process at the Department of Ophthalmology at the credit-module system using holding business game. The professionally oriented role plays promote motivation of student to the study of theme of employment, the best mastering of theoretical material, because played radically a clinical situation is close to his future professional activity.

**Key words:** educational process, ophthalmology, business game.

УДК 811.124:6161] – 057.875

#### НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗУЧЕНИЯ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ И ЕГО РОЛЬ В ВОСПРИЯТИИ МЕДИЦИНСКИХ ТЕРМИНОВ

Панасенко К.В., Зуйкова О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра иностранных языков

**Резюме.** Статья раскрывает проблему понимания практического применения латинского языка. Данные примеры показывают, как знание латинских и греческих терминов помогает в понимании и переводе английских медицинских текстов. В статье подчеркивается важность изучения латинского языка студентами медицинских учебных заведений.

**Ключевые слова:** медицинская терминология, латинский язык, терминологический элемент, медицинский текст.

Владение медицинской терминологией – неотъемлемый атрибут профессии врача. Преподавание латинского языка на медицинских факультетах различных ВУЗов – давняя и устойчивая традиция. Латинский язык, несомненно, является одной из дисциплин, имеющих большое значение при подготовке будущих специалистов в области медицины. Специальные понятия на латинском языке студенты встречают с самых первых шагов в медицинской науке. Это, прежде всего, названия органов и частей тела, химических соединений и лекарственных препаратов, болезней и методов их лечения и т. п. В отдельности такие слова и словосочетания называют медицинскими терминами, а их совокупность – медицинской терминологией.

Латинский язык для студентов-медиков можно и нужно расценивать как своего рода *профилирующую* дисциплину или, по крайней мере, неотъемлемую часть других профильных дисциплин, составляющих программу обучения на медицинских факультетах. Очевидно, что в этом случае идёт речь уже не об изучении некоего иностранного языка в привычном понимании этого процесса:

важно уточнить, что основополагающей задачей становится изучение профессиональной медицинской терминологии. При обучении «латинскому языку и основам медицинской терминологии» традиционно ставится цель заложить основы по подготовке терминологически грамотного врача, способствовать формированию (на начальном этапе) его профессиональной языковой культуры.

Латинский язык является международным языком медицины. Латинский и древнегреческий языки были, есть и останутся в обозримом будущем терминологической основой медицинской науки. Древнегреческий и латинский языки продолжают оставаться основными интернациональными источниками для образования новых терминов во всех областях медицины и биологии. Ежегодно возникает до тысячи новых медицинских терминов, большая часть из которых образована на основе латинского и древнегреческого языков. Термины греко-латинского происхождения составляют основу медицинского терминологического фонда современных европейских языков.

Например, в английской медицинской терминологии термины представлены в основном латинскими терминами и терминологическими элементами, что обеспечивает интернациональность систем. Научный медицинский текст на английском языке состоит в среднем из 30% латинских и 10% интернациональных терминов и слов, опять-таки большей частью латинских и греческих.

Ряд латинских слов и словосочетаний перешел в английский язык без изменений: *duodenum* (лат.) – *duodenum* (англ.) – двенадцатиперстная кишка, *cancer* (лат.) – *cancer* (англ.) – рак, *tuberculosis* (лат.) – *tuberculosis* (англ.) – туберкулез, *apex* (лат.) – *apex* (англ.) – верхушка, *bronchus* (лат.) – *bronchus* (англ.) – бронх и т.д..

Большинство латинских и английских терминов различаются только окончаниями: *polypus* (лат.) – *polyp* (англ.) – полип, *extractum* (лат.) – *extract* (англ.) – экстракт, *valva* (лат.) – *valve* (англ.) – клапан, *cysta* (лат.) – *cyst* (англ.) – киста, *vitaminum* (лат.) – *vitamin* (англ.) – витамин, *musculus* (лат.) – *muscle* (англ.) – мышца.

Многие латинские суффиксы, перешедшие в английский язык, претерпели незначительные графические изменения: *nervosus* (лат.) – *nervous* (англ.) – нервный, *fractura* (лат.) – *fracture* (англ.) – перелом, *resectio* (лат.) – *resection* (англ.) – удаление части органа.

Некоторые суффиксы полностью совпадают: *physicalis* (лат.) – *physical* (англ.) – физический, *toxicus* (лат.) – *toxic* (англ.) – токсический и т.д.

Некоторые латинские суффиксы перешли в английский язык вместе с заимствованными словами. Они утратили свою семантику, но могут использоваться студентами для установления значений незнакомых слов:

- *osis* (болезнь, состояние) – *sclerosis* – склероз, болезненное уплотнение ткани или органа;

- *-itis* (воспаление) – *appendicitis* (аппендицит, воспаление аппендикса), *otitis* (воспаление уха), *nephritis* (нефрит, воспаление почки).



При чтении английских медицинских текстов следует обращать внимание на то, что в анатомической номенклатуре и фармакологии используются термины-элементы латинского, а в клинической терминологии – греческого происхождения. Греческие термины-элементы являются составляющими многих медицинских терминов: *onco* - (опухоль) – *oncology* (англ.) онкология; *phleb* – (вена) – *phlebography* (англ.) - флебография, рентгенологическое обследование вен; *gastr* – (желудок) – *gastroscope* (англ.) – гастроскоп.

Таким образом, знание латинских суффиксов и термины-элементов позволяет студентам понять значение незнакомых слов, не используя словарь, что существенно облегчает восприятие незнакомых медицинских текстов на английском языке.

Все вышеуказанное вырабатывает у студентов умение применять уже знакомые сведения из латинского языка при чтении медицинских текстов, что, в свою очередь, облегчает и ускоряет процесс восприятия и усвоения нового материала.

### Литература

1. Л.А. Абраменко. Чтение медицинской литературы на английском языке. – Мн., 1989.
2. Г.Н. Акжигитов. Большой англо-русский медицинский словарь. – М., 2005.
3. Кацман, Н.Л. Методика преподавания латинского языка / Н.Л.Кацман.- М., 2003.
4. Петров В.И. Русско-английский медицинский словарь-разговорник — М: Русский язык, 2001 — 596 с.
5. Чернявский, М.Н. Латинский язык и основы медицинской терминологии / М.Н.Чернявский. - М.: Медицина, 2004. – 448 с.

### NECESSITY OF STUDYING LATIN FOR MEDICAL STUDENTS AND ITS ROLE IN THE PERCEPTION OF MEDICAL TERMS

Panasenko K.V., Zujkova O.V.

M. Gorky Donetsk national medical university  
Department of Foreign Languages

**Summary.** This article shows how Latin language may be practically used. It gives an idea of better understanding of medical texts written in other European languages. Given examples show how the knowledge of Latin and Greek terms helps to understand and translate English medical texts. Article stresses upon the importance of learning Latin language by the students of medical universities.

**Key words:** medical terminology, Latin, terms, medical text.

УДК 681.3.015; 373.31 (072.2)

### ВНЕДРЕНИЕ «КОМПЬЮТЕРНОГО КЛАССА» В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС НА ШЕСТОМ КУРСЕ

Пивнев Б.А., Панчишко А.С., Томаш О.В., Максимова Л.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье изложены некоторые проблемы использования «компьютерного класса» в учебном процессе на 6-м курсе на клинической кафедре терапевтического

профиля.

**Ключевые слова:** компьютерный класс, практическое занятие, тестирование

Прежняя, классическая система медицинского образования, где преподаватель ВУЗа являлся источником научной и практической информации, которую он передает обучающимся, а обучающиеся – пассивно воспринимают эту информацию, в последние годы воспринимается как нечто устаревшее, деградирующее по определению изжитого, а значит, никак не может отвечать требованиям современной высшей школы по качеству подготовки будущего специалиста. Давно известно, что научить взрослого человека нельзя, можно лишь обучить его методике самостоятельного получения и использования знаний в профессиональной деятельности. Таким образом, задачей преподавателя является научение обучающегося умению самообучения в последующем. При этом обучающийся обязательно должен быть активным участником образовательного процесса [1]. Однако, следует не забывать, что не все благие намерения можно и нужно выполнять без четкого понимания конечной и промежуточных целей внедрения и изменения учебной программы. Частой ошибкой является не только полная замена одних методик преподавания новомодными, но и подмена одного, уже апробированного и хорошо зарекомендованного, элемента на *возможно* более эффективный где-то и когда-то кому-то понравившийся, без четкого обоснования его такой уж необходимости [4]. Ведь недаром, медицинская наука одна из самых инертных в сфере педагогики. Часто, взглядыываясь ретроспективно на нововведения, мы видим, что возврат к прежним канонам и методикам был неизбежен и предсказуем нашими учителями уже при попытках внедрить что-то новое ради самого этого нового, как говорится «вещь сама в себе».

Модной в настоящий момент становится попытка перевести активность обучающегося в учебном процессе в интерактивную деятельность. Одним из возможных элементов такой деятельности является использование так называемых «компьютерных классов» в аудиторное и внеаудиторное время с различными целями достижения [3].

Определение компьютерного класса подразумевает наличие не менее одного персонального компьютера на 2 студентов одной группы, желательно еще одного – для преподавателя, закрепленного за данной группой, еще желательно, чтобы эти компьютеры были объединены в одну домашнюю сеть, и совсем хорошо, чтобы эта сеть имела непосредственный выход во всемирную компьютерную сеть [2]. Требования же санитарных норм и правил говорят нам, что это еще должна быть отдельная учебная комната на территории кафедрального блока.

Рассмотрим проблемы и сложности внедрения в учебный процесс «компьютерного класса» в условиях кафедры внутренних болезней. Первое – выделение отдельного помещения с «условно или нет» дорогостоящим оборудованием в условиях клинической кафедры. Требование внедрения компьютерных классов на всех кафедрах ВУЗа уже не всегда возможно выделить на каждой отдельной кафедре, особенно клинического типа в силу не

только финансовых трудностей, но и договоренностей с администрациями лечебных учреждений – клинических баз кафедр. Так наша кафедра расположена на территории 4 разрозненных административно лечебно-профилактических учреждений. В условиях постоянного дефицита помещений на клиниках это может быть непреодолимая проблема конфликта интересов кафедры и главного врача клиники. Наши возможности ограничились лишь исполнением условий для создания и поддержания «на плаву» одного компьютерного класса. Имеет место явное различие в методике проведения практических занятий на различных клинических базах, по типу, так сказать – «повезло/неповезло» преподавателю и/или группе вверенных ему студентов. Второе – внеаудиторное использование компьютерного класса на территории отдельного больничного отделения любого профиля сразу же внесет явные проблемы по поддержанию санитарно-охранительного режима данного отделения. Также, внеаудиторное использование даже одного из рабочих мест компьютерного класса заставит расширить штатный состав сотрудников кафедры, либо, по факту, - расширяет должностные обязанности отдельного сотрудника при сохранении неизменной оплаты труда (к вопросу о возможном нарушении закона о труде), это не говоря о специальной (компьютерной или информационной) подготовке этого сотрудника.

Таким образом, в наших условиях, становится возможным использование компьютерного класса лишь во время практических занятий. На этом этапе «всплывают» новые *подводные камни* – второй учебный год мы активно пытаемся внедрить новую программу обучения студентов на 6-м году обучения, которая подразумевает превалирование преподавания как самого поликлинического дела, так и самостоятельную работу студентов в условиях поликлинических отделений, а это, как минимум – другое административное здание, либо, вообще, другая административная единица клинической базы. А это значит, что студент вынужден потратить время на «дойти до компьютерного класса» в другое здание, потратив время личного перерыва, либо практического занятия, т.е. прогулка по улице в различных погодных условиях, процесс переобувания/переодевания, сохранность личных вещей. Напомню, мы преподаем на выпускающей кафедре (6-му курсу обучения), когда каждая минута на счету!

Теперь, третье – каждый преподаватель обязан! соблюдать технологическую карту практического занятия, значит еще нужно постараться выделить и утвердить в учебной части место и эффективную продолжительность использования компьютерного класса толи для особых, каких-то занятий (как понять которые из всех – у нас 54 учебных дня), толи внутри каждого из практических занятий вне зависимости от их типа и важности.

Да и что можно делать в компьютерном классе. Компьютер в учебное время может быть использован как устройство для текущего и итогового тестового контроля, как экран демонстрации учебного фильма, и самое банальное – электронная библиотека. И если использование тестового контроля

может дать преимущество в виде статистического анализа успеваемости отдельных академических групп, сравнения результатов между факультетами, курсами. То это преимущество еще нужно где-то и как-то применить, опять же выборки должны быть статистически достоверны, а значит, подобное тестирование должны проходить если не все студенческие группы, то их подавляющее большинство, а у нас только один компьютерный класс на одной клинической базе. В то время, как одновременно проходить итоговый контроль приходится от 5 до 8 студенческим группам, часто в один и тот же день на различных клинических базах (не менее 5-9 км преодолевая общественным транспортом). Не превратится ли просмотр учебного фильма в банальный просмотр мультфильма под чаёк и бутербродик. С электронной библиотекой вообще все может быть элементарно просто – подавляющее большинство студентов на 6-м курсе уже могут позволить себе иметь либо электронную книгу, либо электронный планшет без привязки к стационарному компьютеру в учебной комнате. Использование специальных учебных или научно-исследовательских компьютерных программ требует отдельного известного времени на обучение каждого студента, что не может быть обосновано затратой учебного времени, да и так уж нужно ли это умение всем студентам хотя бы одной группы одного преподавателя наверняка?!

Наш опыт говорит, что наименее вредным для потери учебного времени может быть лишь итоговый тестовый контроль с «прогоном» части студенческих групп не в бумажном варианте, а дистанционном компьютерном исполнении. Хотя и здесь, проверяли – если академическая группа студентов с утра начинала практическое занятие в компьютерном классе, то время, затраченное на проведение такого тестирования составляло 14 минут, если вне компьютерного класса, то не менее 30 минут. При этом, тестовый контроль проведенный по старинке, на бумажных бланках в любой учебной аудитории занимает всегда около 15 минут.

Важно еще не забыть, что компьютерный класс может быть средством ухода преподавателя от основного его профессионального занятия – сопровождения обучающегося во время процесса самостоятельной работы на практическом занятии. Самодеятельность по типу займитесь работой за компьютером, а я (преподаватель) займусь своими делами. Тогда это превратится в очередной популизм, внедрение псевдо передового опыта, ради самого внедрения. Опять же, отчет о внедрении можно будет использовать как ширму бурной деятельности отдельного ответственного лица. Много позже снова будем говорить с ностальгией о давно отработанных, удачно сформированных нашими предшественниками и годами доказавшими свою истинную эффективность и надежность учебных планах.

### **Литература.**

1. Введение в психологию / под общ. ред. А.В. Петровского. – М.: «Академия», 1996. – 496 с.
2. Владзимирский А.В. Телемедицина в системе менеджмента и организации охраны здоровья: Учебное пособие. – Донецк: «Ноулидж», 2012. –

468 с.

3. Кондратьева И.Н., Рубашкин Д.Д. Работа учителя в компьютерном классе. – М.: Бином, 2009. – 747 с.

4. Штриков Б.Л., Михелькевич В.Н., Нестеренко В.М., Григораш Т.И. Актуальные проблемы университетского образования. - Самара: СГТУ, 2003. - 435 с.

#### IMPLEMENTATION OF THE “PC CLASS” INTO THE SIXTH COURSE SYLLABUS

Pivnev B.A., Panchisko A.S., Tomash O.V., Maksimova L.Y.

M. Gorkiy Donetsk national medical university

**Summary.** The article describes some problems of the implementation of the “PC class” into syllabus of the sixth course on the therapeutic chair.

**Keywords:** PC Class, practical Lessons, Testing.

УДК: 615.8+616-08-039.34]-053.2:378.147

#### ОБ АКТУАЛЬНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ ПРЕДМЕТА «МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ» СТУДЕНТАМИ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Поважная Е.С., Пеклун И.В., Зубенко И.В., Томачинская Л.П.

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В основе подготовки врача-педиатра должен лежать принцип совместного, дифференцированного использования методов медикаментозной и немедикаментозной реабилитации детской патологии соматического и травматического генеза. Обучение врача-педиатра реабилитационным методам и методикам с приобретением достаточного уровня знаний-умений по физиотерапии, лечебной физкультуре будет отвечать запросам практического здравоохранения и позволит значительно повысить эффективность лечения.

**Ключевые слова:** обучение, медицинская реабилитация, педиатрия.

На сегодняшний день все официально признанные медицинские специальности используют три основные группы методов лечения: фармакологические, хирургические и физические. Медикаментозная терапия играет большую роль при лечении различных заболеваний, однако, фармакологические препараты имеют ряд противопоказаний, нередко вызывают побочные явления, сенсбилизацию организма. Хирургические методы воздействия, хотя весьма и совершенны, далеко не всегда показаны. И здесь важная роль отводится методикам пред- и послеоперационного периода, которые оптимизируют восстановительные процессы пациентов[2,3]. В связи с этим в настоящее время все большее значение уделяется физическим методам лечения. Их применение доступно, эффективно и экономически выгодно. Правильно организованный двигательный режим, оптимальная физическая нагрузка, физиотерапевтические факторы необходимы для поддержания оптимального уровня функционирования организма и скорейшего выздоровления.

Развивающиеся новые технологии в восстановительной медицине, новые принципы организации здравоохранения вызывают необходимость интенсификации восстановительных мероприятий с увеличением доступности реабилитационных услуг для населения. В сложившихся условиях

слаборазвитой сети реабилитационных центров, недостаточного кадрового потенциала восстановительной медицины, важную роль приобретает привлечение специалистов различных специальностей для проведения комплекса квалифицированного восстановительного лечения [4]. Использование краткосрочных или длительных реабилитационных программ врачами других специальностей, в частности педиатрами, возможно при отсутствии реабилитационных центров с использованием собственного коечного фонда и медицинского оборудования и оснащения. Это способствует снижению качественных потерь лечения при переходе пациента из одной в другую организацию здравоохранения.

Широкое внедрение методов медицинской реабилитации требует совершенствования соответствующей системы обучения кадров для формирования необходимых профессиональных качеств медицинского персонала[1].

Изучение новых принципов организации обучения медицинской реабилитации в педиатрии как части общего медицинского высшего образования явилось целью данной работы.

По мере развития общества особое значение приобретают отрасли по подготовки специалистов, которые наряду с собственными основными методами лечения активно используют методы восстановительной медицины для быстрого возвращения пациентов к нормальной жизни в медицинском и социальном плане. В связи с этим в подготовке врачей педиатров медицинская реабилитация становится целостной совокупностью научных, кадровых, квалификационных, технологических аспектов, создания новых штатно-организационных построений по типу реабилитационных центров для детей и подростков с обоснованной системой управления и, соответственно, новой системой подготовки квалифицированных кадров.

Накопленный опыт свидетельствует в пользу целесообразности создания единой реабилитационной службы с целью выработки общих подходов и координации деятельности врачей различного профиля (педиатров, физиотерапевтов, рефлексотерапевтов, кинезотерапевтов и т. д.). В то же время восстановительное лечение с правильным сочетанием различных средств, в том числе медикаментозных, диеты, климата, кинезотерапии, природных и преформированных физических факторов в большинстве случаев должно проводится врачом педиатром. Поэтому важной задачей становится разработка программы подготовки педиатров, владеющих всей совокупностью методик медикаментозной и немедикаментозной реабилитации больных различного профиля.

Нынешние практикующие врачи зачастую слабо ориентируются в возможностях современной фито-, физиотерапии и ЛФК. Поверхностное внимание уделяется вопросам питания, психотерапии, условиям труда и отдыха пациентов.

Кафедрой медицинской реабилитации предлагается система поэтапного изучения медицинской реабилитации, которая связывает различные лечебные

факторы и частные методики их применения при различной патологии детей и подростков. В этом контексте с целью оптимизации обучения и усвоения современных вопросов восстановительной медицины на до- и последипломном уровнях назрела необходимость пересмотра учебного плана подготовки педиатров, который, по нашему мнению, должен включать преподавание общих основ медицинской реабилитации (общая физиотерапия, рефлексотерапия, общие вопросы кинезотерапии, фитотерапии, врачебный контроль); цикл «клинической синдромологии», включающий медицинскую реабилитацию типовых синдромов (болевого, воспалительного, невротического, дисгормонального, иммунопатии, дискинетического, дисциркуляторного, диссекреторного, дисметаболического, синдромов органной недостаточности); изучение «частной медицинской реабилитации» (физиотерапия, кинезотерапия, рефлексотерапия и фитотерапия, медикаментозная терапия травм, соматических заболеваний, которые рассматриваются как болезни дисадаптации).

Изменение системы преподавания привело к необходимости разработки нового методического обеспечения преподавания. Программа может включать следующие темы:

- исследование и оценка состояния физического развития, функциональных проб кардиореспираторной системы, физической работоспособности физкультурников
- общие основы физиотерапии
- общие основы лфк и массажа.
- медицинская реабилитация патологии внутренних органов больных.
- медицинская реабилитация патологии опорно-двигательной и нервной систем у больных.

Внедрение такой программы позволит подготовить педиатра, владеющего всеми необходимыми методами и методиками терапии различных патологических состояний, что обеспечит высокую эффективность реабилитационных мероприятий.

Что касается повышения квалификации врачей педиатров, то она должна предусматривать месячное тематическое обучение в связи с бурным развитием технологий медицинской реабилитации.

В заключение следует отметить, что в основе подготовки врача-педиатра должен лежать принцип совместного, дифференцированного использования методов медикаментозной и немедикаментозной реабилитации патологии детей и подростков. Только обучение с вертикальной системой образования способствует приобретению достаточного уровня знаний.

Литература.

1. Уткин Э.А. Мотивационный менеджмент. М.-2009.- С.75-120.
2. Романова Т.А. Преподавание педиатрии на лечебном факультете: учебное пособие для студентов мед. Вузов. Белгород, 2006.-196с
3. Методологические принципы и методические особенности дидактических типов преподавания педиатрии студентам в медицинском вузе /

А.Я. Осин, С.Н. Бениова, Н.П. Блохина, [и др.] // Педиатрия. — 2010. — Т. 89, № 4. — С. 127–131.

4. Стратегия совершенствования преподавания пропедевтики педиатрии в высших учебных заведениях IV уровня аккредитации / В.К. Шмулич, Т.Б. Ищенко, В.В. Старусева, О.В. Шмулич // Медицина сьогодні і завтра. — 2013. — № 2(59). — С. 146–149.

ABOUT THE RELEVANCE OF STUDYING OF THE «MEDICINE REHABILITATION»  
COURSE TO PEDIATRICS FACULTY STUDENTS

Povazhnaya E.S., Peklun I.V., Zubenko I.V., Tomachinskaya L.P.  
M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The principle of joint, differentiated using of medical rehabilitation and non-pharmacological physical methods in somatic and traumatic genesis of child pathology should be the basis of training of the pediatric students. Training of pediatrician to rehabilitation methods with the acquisition of a sufficient level of knowledge and skills in physiotherapy, kinesitherapy will meet the practical health care and will increase the effectiveness of treatment significantly.

**Key words:** training, medical rehabilitation, pediatrics.

УДК:616.441-002-079.4-085:378.147

К ВОПРОСУ О ПРЕПОДАВАНИИ НА ЦИКЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ  
ЭНДОКРИНОЛОГИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ ПОДХОДОВ К ТЕРАПИИ  
ТИРЕОПАТИЙ У БОЛЬНЫХ С АТОИМУННЫМ ПОЛИЭНДОКРИННЫМ  
СИНДРОМОМ-3

Прилуцкий А.С, Дегонский А.И, Полковник Е.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Представлены данные об актуальности преподавания на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии подходов в диагностике и лечении больных с полигландулярными синдромами. Описаны методы обучения студентов принципам постановки диагноза и терапии аутоиммунного полиэндокринного синдрома-3.

**Ключевые слова:** полиэндокринный синдром, тиреопатии, сахарный диабет.

Последние десятилетия характеризуются увеличением частоты эндокринной патологии и изменением её структуры, в частности повышением удельного веса сочетанных патологий эндокринных желез. Поэтому, важной целью преподавания на цикле эндокринологии является не только изучение отдельных нозологических форм, но и их сочетание. Особое место среди таких поражений занимают сочетанные формы сахарного диабета (СД) с аутоиммунной патологией щитовидной железы.

Особенности клиники, нарастающая частота, а также взаимное влияние каждой из эндокринопатий, послужили основанием для выделения её в отдельный синдром – аутоиммунный полигландулярный синдром – 3 (АПС-3). В настоящее время АПС-3 является одной из самых распространённых полиэндокринопатий. Наиболее часто возникающими компонентами АПС-3 являются СД 1 типа и хронический аутоиммунный тиреоидит (АИТ) – чаще с эутиреозом. Для этих тиреопатий характерно «мягкое» течение, а значит увеличение числа асимптоматических, стертых, торпидных их форм на фоне



выраженной симптоматики СД (как правило, осложненного поражением сердечно-сосудистой системы) способствуют поздней диагностике патологии щитовидной железы у этого контингента больных.

Именно поэтому, особенно важно на цикле клинической эндокринологии обучить студентов таким знаниям, как: эпидемиология, патогенез, особенности клинического течения, методы дифференциальной диагностики, профилактики и лечения АПС-3.

Необходимыми умениями для диагностики этой патологии будущими врачами являются: знания клинических проявлений СД 1 типа (полиурия, полидипсия, полифагия, похудение, зуд кожи и слизистых оболочек, сухость во рту, общая мышечная слабость, головная боль, нарушение зрения и т.д). Интерпретация маркеров СД 1 типа - определение уровня глюкозы в крови по визуальным тест-полоскам и глюкометру, определение ацетона в моче, расчет суточной глюкозурии, оценка показателей гликемического профиля, оценка СТТГ (стандартного теста толерантности к глюкозе). Знания клинических проявлений АИГ (слабость, сонливость, быстрая утомляемость, депрессия, ухудшение настроения, иногда – отеки, чувство затруднения при глотании, затруднение дыхания, нередко умеренные боли в области щитовидной железы и т.д)

Студентам дают понимание патогенеза болезни, а исходя из этого и навыки правильной интерпретации показателей маркеров АИГ – антитела к тиреоидной пероксидазе (ТПО), к тиреоглобулину (ТГ); данные ультразвукового исследования щитовидной железы (гипоэхогенность структуры ткани щитовидной железы).

В преподавании вопросов лечения также есть свои особенности: на фоне общепринятой антидиабетической терапии возможно применение тиреоидных гормонов в индивидуальных случаях. С учетом их контринсулярного влияния, а так же вынужденной полипрагмазии у больных СД в связи с имеющимися сердечно-сосудистыми поражениями, необходимы строгие показания к их применению. Возможны также назначения бета-блокаторов, энтеросорбентов. Больным АИГ с гипотиреозом рекомендовано назначение альфа-липоевой кислоты. У больных с выраженным нарушением аутоиммунитета рекомендовано включать малые иммунокорректоры типа рибоксина.

Студентам с целью своевременного выявления ранних стадий патологии щитовидной железы у больных СД рекомендуется: обязательный скрининг всех больных СД на АИГ с использованием УЗИ щитовидной железы, а у лиц с отягощенным анамнезом по поводу патологии щитовидной железы также исследование иммунного статуса; с целью своевременной диагностики асимптоматических (стёртых) форм ДТЗ у больных СД рекомендуется гормональное исследование (Т3 свободный, Т4 свободный, ТТГ) во всех случаях немотивированной потери массы тела и поражения сердечно-сосудистой системы, резистентного к рутинной терапии; для исключения субклинических форм гипотиреоза во всех случаях немотивированной прибавки в весе, затруднения компенсации диабета необходимо исследование

(Т4 свободный, ТТГ).

Получая все вышеописанные знания на кафедре клинической эндокринологии, студенты учатся клиническому мышлению, имеют настороженность по поводу латентно текущих сопутствующих заболеваний сахарного диабета. Что позволяет в лечебной практике любого врача на ранней стадии выявить и лечить данную патологию.

### Литература

1. Симптомы и синдромы в эндокринологии / Под ред. Ю. И. Караченцева. — 1-е изд. — Х.: ООО «С.А.М.», Харьков, 2006. — С. 27-28. — 227 с. — (Справочное пособие). — 1000 экз.
2. Симптомы и синдромы в эндокринологии / Под ред. Ю. И. Караченцева. — 1-е изд. — Х.: ООО «С.А.М.», Харьков, 2006. — С. 180-181. — 227 с. — (Справочное пособие). — 1000 экз.
3. Betterle C, Zanchetta R (April 2003). «Update on autoimmune polyendocrine syndromes (APS)». Acta Biomed 74 (1): 9–33.
4. Heuss D, Engelhardt A, Göbel H, Neundörfer B (June 1995). «Myopathological findings in interstitial myositis in type II polyendocrine autoimmune syndrome (Schmidt's syndrome)». Neurol. Res. 17 (3): 233–7
5. Симптомы и синдромы в эндокринологии / Под ред. Ю. И. Караченцева. - 1-е изд.- Х.: ООО «С.А.М.», Харьков, 2006.- С. 26-28.- 227 с.- (Справочное пособие).- 1000 экз.

### EXPERIENCE IN TEACHING PECULIARITIES OF TYPE 3 POLYGLANDULAR AUTOIMMUNE SYNDROME WITHIN CLINICAL ENDOCRINOLOGY EDUCATION

Prilutsky A.S., Degonsky A.I., Polkovnik E.S.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** There are described methods of teaching peculiarity of Type 3 Polyglandular Autoimmune Syndrome at the Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology. We have pointed the methods of practical training which are devoted to this topic.

**Key words:** polyglandular Autoimmune Syndrome, thyropathies, diabetes.

УДК: 616:379-008.64-06-07-084-085-053.21.5:378.147

### ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ДИАБЕТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ЦИКЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Прилуцкий А.С, Дегонский А.И, Полковник Е.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Представлены данные о методах преподавания особенностей клиники, дифференциальной диагностики и лечения детей, больных сахарным диабетом 1 типа. Описаны методы ведения практических занятий, посвященных данной теме.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, диабетические осложнения.

В настоящее время в мире отмечается рост распространенности и заболеваемости сахарным диабетом, в том числе – детей и подростков сахарным диабетом 1 типа. В отличие от взрослых сахарный диабет у детей протекает тяжело. Эти особенности обусловлены интенсивностью тех

обменных процессов, которые свойственны детству.

Потребность в гормонах, обладающих анаболическим действием, у детей очень велика. Инсулину присуще анаболическое действие, значит, и потребность детей в инсулине большая, чем у взрослых. Именно поэтому очень важным является преподавание на цикле клинической эндокринологии особенностей клиники, патогенеза, дифференциального диагноза, лечения и профилактики сахарного диабета у детей.

Некоторыми из основных особенностей являются следующие: При назначении инсулина всегда необходим строго индивидуальный подход к ребенку, поскольку чувствительность к инсулину у детей выше, чем у взрослых. Кроме этого, у детей содержание большинства контринсулярных гормонов значительно выше, чем у взрослых. Особенно высоко содержание соматотропного гормона в период физиологического ускоренного роста ребенка: 3-4 года, 7-8 лет и весь пубертатный период. В эти возрастные промежутки и развивается сахарный диабет у детей.

Детскому организму свойственна повышенная лабильность нервной системы, особенно симпатической ее части, что приводит к избыточному образованию адреналина, а адреналин, в свою очередь, является причиной бурного распада гликогена в печени и мышцах, что способствует повышению содержания сахара в крови. Избыток контринсулярных гормонов может в значительной мере отягощать уже существующий диагноз сахарного диабета. Заболевание у детей характеризуется бурным его началом. Может быть впервые распознан уже в коматозном состоянии ребёнка. У детей наблюдается полное поражение поджелудочной железы, абсолютная инсулиновая недостаточность.

Студентам необходимо запомнить, что ранняя диагностика и своевременное начало инсулинотерапии позволяет улучшить прогноз у больных и отсрочить развитие сосудистых осложнений. Правильная тактика лечения больных на всех этапах (диетотерапия, инсулинотерапия) является основой профилактики как поздних осложнений, так и развития жизнеугрожающих состояний.

Вышеперечисленные особенности течения сахарного диабета у детей обязует студентов знать: критерии диагностики, классификацию сахарного диабета; технику введения инсулина и принципы самоконтроля. Уметь: давать патогенетическое обоснование клиническим признакам заболевания; оценивать данные дополнительного обследования; обосновывать клинический диагноз в соответствии с критериями ВОЗ; правильно пользоваться современной классификацией; назначить план обследования; проводить дифференциальный диагноз с заболеваниями, сопровождающимися глюкозурией, полиурией; правильно оценить адекватность дозы вводимого инсулина; знать расчет суточного питания для больного сахарным диабетом.

На кафедре также проводится повторение физиологических основ, таких как: механизм секреции и эффект инсулина в организме; основные пути метаболизма глюкозы (утилизация и образование); методика обследования

эндокринной системы у детей, семиотика сахарного диабета, методика сбора и оценка анализов мочи (глюкозурия, протеинурия, кетонурия, проба Зимницкого, проба Реберга), оценка показателей физического развития (антропометрии) у детей;

Студентам всех специальностей преподают основные этапы обследования ребенка при подозрении на сахарный диабет: 1) определение уровня гликемии натощак, 2) сбор анамнеза, 3) определение глюкозурии, 4) определение суточного диуреза, 5) определение толерантности к глюкозе.

Таким образом, получая вышеперечисленные знания и навыки на кафедре клинической эндокринологии, студенты всех специальностей смогут диагностировать сахарный диабет у ребенка как можно раньше; провести адекватное лечение; составить режим питания и режим дня; дать советы родителям по особенностям ухода и общения с детьми, больным сахарным диабетом 1 типа; предотвратить наступление различных диабетических осложнений.

### **Литература**

1. Потемкин В.В. Эндокринология. – М., Медицина, 1986.
2. Балаболкин М.И. Эндокринология. – М., Медицина, 1989.
3. Касаткина Э.П. Сахарный диабет у детей. – М., Медицина, 1997.
4. Старкова Н.Т. Клиническая эндокринология. – М., Медицина, 1991.
5. Практика инсулинотерапии\Под ред. (пер. с нем.). – М., Медицина, 1998.

### EXPERIENCE IN TEACHING PECULIARITIES OF TYPE 1 DIABETES WITHIN CLINICAL ENDOCRINOLOGY EDUCATION

Prilutsky A.S., Degonsky A.I., Polkovnik E.S.  
M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** There are described methods of teaching peculiarity of Type 1 diabetes in children at the Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology. We have pointed the methods of practical training which are devoted to this topic.

**Key words:** diabetes, Type 1 diabetes in children.

УДК: 616.4:378.147.88

### ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА ЦИКЛЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Прилуцкий А.С., Дегонский А.И., Полковник Е.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Представлены данные о методах преподавания практических навыков на кафедре клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии. Описана актуальность введения в план занятий преподавания навыков, необходимых будущим эндокринологам и врачам других специальностей.

**Ключевые слова:** практические навыки, функциональные пробы.

**Актуальность.** Система подготовки врача по специальности «Лечебное дело» в медицинском университете предусматривает изучение ряда терапевтических и клинических дисциплин. Одной из основных среди них

является клиническая эндокринология. В последние десятилетия отмечается тенденция к повышению распространенности эндокринных заболеваний. Различными эндокринными заболеваниями страдает примерно 10% населения страны. Это свидетельствует о том, что любой врач в своей практической деятельности постоянно встречается с эндокринной патологией различной степени выраженности.

**Цель:** необходимость подготовки и постоянного повышения квалификации врачебных кадров, внедрение в эндокринологию новейших достижений мировой науки, усиление профилактической направленности работы эндокринолога требует существенной модернизации системы подготовки медицинских кадров в университете, путём оптимизации методов образования.

**Методы.** Изучение не только теоретических, но и практических основ на кафедре клинической эндокринологии позволяет студентам любой специальности диагностировать эндокринную патологию на ранних этапах развития болезни и облегчить проведение дифференциальной диагностики. Такими практическими навыками и функциональными пробами являются следующие: определение уровня глюкозы в крови по визуальным тест-полоскам и глюкометру; определение ацетона в моче; расчет суточной глюкозурии; оценка показателей гликемического профиля у больных сахарным диабетом; оценка СТТГ (стандартного теста толерантности к глюкозе); расчет суточного калоража для больных сахарным диабетом типа 1 и 2. Практически значимыми также являются - оценка картины глазного дна у больных с сахарным диабетом; расчет средней суточной дозы инсулина и разовой дозы инсулина короткого действия; расчет доз инсулина при традиционной и интенсивной инсулинотерапии. Важными в работе врача навыками являются: выявление глазных симптомов при диффузном токсическом зобе: Краусса, Кохера, Греффе, Штельвига, Дельримпля, Мебиуса; оценка степени тяжести эндокринной офтальмопатии. Необходимые умения в практике врача - определение степени тяжести тиреотоксикоза; владение техникой пальпации щитовидной железы, оценка размеров её исходя из стандартной классификации ВОЗ, расчет объема ткани щитовидной железы. Очень важно, чтобы студент умел оказывать неотложную помощь при различных видах ком (гипергликемической или кетоацидотической, гипертонической, гипогликемической, лактацидемической, гипотиреоидной), тиреотоксическом кризе, острой надпочечниковой недостаточности, симпатоадреналовом кризе, гипокалиемическом кризе, гиперкальциемическом кризе, гипокальциемической тетании. Для врача и студента необходимо уметь оценить состояние кожных покровов, характер распределения подкожно-жировой клетчатки и тип телосложения, степени выраженности гирсутизма у женщин и гинекомастии у мужчин, вибрационную, температурную и тактильную чувствительность стоп больных сахарным диабетом. Студенту необходимо уметь интерпретировать результаты офтальмоскопии, ангио- и ретинограммы, сонограммы, исцинтиграммы щитовидной железы, определить показания и

противопоказания к проведению термографии, КТ и инвазивных методов исследования щитовидной и паращитовидных желез; оценить результаты офтальмометрии, УЗИ и КТ, ЭЭГ и эхо-ЭЭГ. Врач любой специальности должен знать показания к хирургическим и иным немедикаментозным методам лечения и особенности ведения беременных с эндокринной патологией. На цикле клинической эндокринологии также изучаются основы проведения и оценки тестов функциональных проб, применяемых для диагностики и дифференциальной диагностики различных эндокринных заболеваний: при болезни Иценко-Кушинга (проба с дексаметазоном и метапироном); при акромегалии и гигантизме (проба с инсулином, аргинином, глюкагоном); при гипопитуитаризме (проба с ХГ, кломифеном, гонадолиберинем, инсулином, аргинином, глюкагоном, лизин-вазопрессинем, метапироном); при несахарном диабете (проба с сухоедением); при нарушениях функции щитовидной железы (проба с тиролиберинем, с трийодтиронином); при первичном альдостеронизме (проба с нагрузкой натрием, спиронолактоном, фуросемидом, капотеном, с неальдостероновыми минералокортикоидами); при феохромоцитоме проба с гистамином, тропафеном, тирамином, глюкагоном, клофелином, фентоламином).

**Выводы.** Таким образом, изучение практических навыков на кафедре клинической эндокринологии позволяет осуществлять следующие задачи: углубление теоретических знаний по специальности; совершенствование практических навыков; овладение современными методами обследования эндокринных больных; овладение современными методами диагностики и лечения эндокринных больных; углубление теоретических и практических знаний и навыков по смежным дисциплинам; более детальное изучение узких вопросов по специальности и смежным дисциплинам; освоение элементов научно-исследовательской работы по специальности.

Литература.

1. Papers Relating to the Pituitary Body, Hypothalamus and Parasympathetic Nervous System. Springfield Illinois, C. C. Thomas, 1932 -478 с.
2. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Пронин В.С. Клиника и диагностика эндокринных нарушений. Учебно-методическое пособие.–Москва, 2005 - 244 с.
3. Балаболкин М.И. Дифференциальная диагностика эндокринных заболеваний. – М.: Медицина, 2005. – 300 с.

#### EXPERIENCE IN TEACHING PRACTICAL SKILLS WITHIN CLINICAL ENDOCRINOLOGY EDUCATION

Prilutsky A.S., Degonsky A.I., Polkovnik E.S.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** There are described methods of teaching practical skills at the Department of Clinical Immunology, Allergology and Endocrinology. We have pointed out the relevance of the implementation of the necessary training skills to the plan of education for future endocrinologists and other physicians.

**Key words:** practical skills, functional tests.

УДК 616.5+616.97](075.5)

## АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЭКЗАМЕН ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА И ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ К ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ

Проценко Т.В., Проценко О.А., Черновол А.С., Кузнецова В.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** Цель исследования – оценка успешности экзамена на аттестационные категории. **Материалы и методы исследования.** Сравнительный анализ 468 экзаменационных ведомостей аттестационных экзаменов, предаттестационных курсов по дерматовенерологии, детской дерматовенерологии, специализации по дерматовенерологии и детской дерматовенерологии за период 2005 – 2015 гг. Полученные данные обработаны статистически. **Результаты и их обсуждение.** Установлено, что 186 (39,7%) врачей, получивших отличную оценку по теоретическим разделам экзамена и удовлетворительную – по практической, преобладали лица со второй категорией и аттестовавшиеся впервые - 101 (54,3%) чел. А среди 142 (30,3%) врачей, получивших отличную оценку по практической части экзамена и удовлетворительную – по теоретической, преобладали врачи с высшей и первой квалификационной категорией – 84 (59,2%). **Выводы.** Проведенный анализ показал направления совершенствования последипломной подготовки врачей с интенсификацией самостоятельной клинической работы начинающих специалистов и обеспечением постоянного прерывистого образования всех специалистов, независимо от категории и стажа работы.

**Ключевые слова:** аттестационный экзамен, врачи дерматовенерологи.

Аттестационный экзамен врачей дерматовенерологов после окончания сертификационных предаттестационных курсов (ПАЦ) направлен на объективную оценку готовности специалиста к оказанию качественной дерматовенерологической помощи и традиционно предусматривает 2 этапа: компьютерный экзамен и устный ответ на вопросы предложенного билета [1, 2].

На кафедре дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького с 2004 г. аттестационный экзамен проводится в 3 этапа. На первом этапе проводится оценка готовности специалиста к практической работе, которая предусматривает самостоятельный прием пациента с заполнением амбулаторной карточки и последующей защите перед экзаменаторами обоснованности диагноза, назначенного обследования (обоснованности и возможной трактовки результатов) и лечения с обоснованием выбора препаратов, ожидаемых результатов и сроков их достижения. На втором этапе проводится компьютерный тестовый экзамен по утвержденной программе. Третий этап включает собеседование по вопросам предложенных билетов.

Поскольку основная цель последипломного обучения – это совершенствование практических навыков специалиста и развитие клинического мышления, представляет интерес сравнение оценки теоретической и практической частей экзамена

**Цель исследования** – проведение сравнительного анализа успешности экзамена по 3-м составляющим и сопоставление с аттестационной категорией экзаменуемых.

**Материал и методы исследования.** Проведен анализ 468 экзаменационных ведомостей аттестационных экзаменов предаттестационных курсов (ПАЦ) по дерматовенерологии и детской дерматовенерологии, специализации по дерматовенерологии и детской дерматовенерологии за период 2005-2015 гг.

Практическая часть экзамена (по больному и заполненной амбулаторной карточке) и теоретическая (собеседование по билетам) оценивались по 5-ти балльной системе. Компьютерный тестовый экзамен оценивали по проценту правильных ответов на предложенные тесты в течение фиксированного времени, где до 65% правильных ответов - неудовлетворительный результат; 65% - 80% - удовлетворительный результат; 80% -90% - хороший результат и свыше 90% - отличный.

Статистическая обработка результатов проведена по общепринятым программам с использованием персонального компьютера.

**Результаты и их обсуждение.** Среди 468 экзаменовавшихся врачей высшую категорию имели 68 (14,5%) врачей, первую – 74 (15,8%), вторую – 96 (20,5%). 144 (30,8%) врачей аттестовались после окончания специализации и 86 (18,4%) – после окончания интернатуры.

Отличную оценку по всем 3 разделам экзамена получили лишь 26 (5,6%) человек, среди них преобладали врачи после окончания интернатуры – 15 (57,7%). Неудовлетворительный результат по всем 3 разделам экзамена показали 3 (0,6%) врача, в том числе 2 – после окончания интернатуры и 1 – после окончания специализации.

Особый интерес представил анализ экзаменационных ведомостей по 3 разделам у лиц с различным стажем работы и квалификационной категорией. Так, среди 186 (39,7%) врачей, получивших отличную оценку по теоретическим разделам экзамена и удовлетворительную – по практической, преобладали лица со второй категорией и аттестовавшиеся впервые - 101 (54,3%) чел. А среди 142 (30,3%) врачей, получивших отличную оценку по практической части экзамена и удовлетворительную – по теоретической, преобладали врачи с высшей и первой квалификационной категорией – 84 (59,2%).

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о необходимости усиления контролируемой самостоятельной работы с пациентами начинающих специалистов и активизации и обеспечении прерывистых постоянных и различных форм последипломого обучения врачей с любым стажем работы по специальности.

**Выводы.** Проведенный анализ показал направления совершенствования последипломной подготовки врачей с интенсификацией самостоятельной клинической работы начинающих специалистов и обеспечением постоянного прерывистого образования всех специалистов, независимо от категории и стажа работы.

#### **Литература**

1. Казаков В.М., Талалаенко А.М., Гарина М.Г., Каменецкий М.С.



Система непрерывной медицинской освіти (методология, управление).- Донецк: Здоров`я, 1994. – С.40-41.

2. Суворова К.Н., Сысоева Т.А. Самообучение в системе последипломного непрерывного образования врачей дерматовенерологов // Вестник последипломного медицинского образования. – 2006. - №2. – С. 7-8.

#### QUALIFYING EXAM DERMATOVENEROLOGISTS AND READINESS ASSESSMENT FOR PRACTICAL WORK

T.V. Protsenko, O.A. Protsenko, A.S. Chernovol, V.G. Kuznetsova  
Donetsk National Medical University named after M. Gorky

**Summary. Aim of the study** – evaluation of the success in the certification exam category. **Materials and methods.** Comparative analysis of 468 statements exam certification exams, pre-certification courses on dermatology, children dermatology, specialization in dermatology and child dermatology for the period 2005 - 2015. The data obtained were processed statistically. **Results and discussion.** It was found that 186 (39.7%) physicians who have received an excellent evaluation of the theoretical sections of the exam and satisfactory - in practical, dominated by persons from the second category and are certified for the first time - 101 (54.3%) people. And among the 142 (30.3%) physicians who have received an excellent rating for the practical part of the exam and satisfactory - in theoretical, dominated the doctors with the highest and the first qualification category - 84 (59.2%). **Conclusions.** The analysis showed areas of improvement of postgraduate training of doctors with the intensification of the work of independent clinical experts and beginners ensure the continued intermittent education of all professionals, regardless of the category and length of service.

**Keywords:** certification exam, dermatologist.

УДК 616.5+616.97-057

#### МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ С ВРАЧАМИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГАМИ

Проценко Т.В., Проценко О.А., Черновол А.С., Провизион А.Н., Горбенко А.С.,  
Заблоцкая А.Г., Лукьянченко Е.Н., Горбенко Ан.С.,  
Кузнецова В.Г., Корчак И.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме:** Приведены особенности проведения практических занятий по дерматовенерологии с курсантами различных циклов последипломного обучения в соответствии с разработанным в университете программно-целевым управлением качества подготовки специалистов. Обсуждаются этапы проведения обучения и роль интерактивных форм в повышении уровня усвояемости материала и развитии практической направленности обучения.

**Ключевые слова:** методическое обеспечение, дерматовенерология, практические занятия, врачи курсанты.

Разработанная в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького система программно-целевого управления качеством подготовки специалистов, основа которой изложена в методических рекомендациях для преподавателей «Единая медицинская система управления качеством подготовки специалистов медицинского вуза», активно используется в педагогическом процессе на кафедре дерматовенерологии и косметологии

факультета интернатуры и последипломного образования (ФИПО) на протяжении последних 10 лет.

Главными средствами реализации единой методической системы управления качеством подготовки специалистов медицинского вуза на кафедре являются создание и использование в учебном процессе «Методических рекомендаций по целевому тестовому контролю», методических материалов (указаний для обучающихся и рекомендаций для преподавателей), применение объективных способов оценки формируемых у специалистов профессиональных качеств, позволяющих устанавливать степень соответствия между необходимым и реально существующим уровнем профессиональной подготовки, разработке конкретных мер по ликвидации обнаруживаемого несоответствия.

На кафедре дерматовенерологии и косметологии ФИПО разработаны методические указания для обучающихся, рекомендации для преподавателей, наборы тестовых заданий для текущего и рубежного контроля по всем темам предаттестационного цикла (ПАЦ) по специальности «Дерматовенерология». Все методические материалы разработаны в соответствии с Унифицированной типовой программой и планом ПАЦ "Дерматовенерология", утвержденным МЗ Украины; существующими рекомендациями по составлению методических указаний и рекомендаций. Методические указания и рекомендации составлены согласно последним международным, российским и украинским рекомендациям и протоколам по ведению дерматовенерологических больных с соответствующими нозологиями.

В разделе «Актуальность темы» представлено учебное, профессиональное, мировоззренческое и личностное значение изучаемой конкретной темы. Далее излагается цель обучения – общая и конкретная. Обеспечение контроля исходного уровня знаний-умений осуществляется с помощью ситуационных задач и эталонов ответов к ним.

Отличительной особенностью тестов является то, что они отражают знания-умения, полученные курсантами в результате обучения на семинарско-практическом занятии, ознакомления с литературой и материалами лекций по отдельным темам дерматовенерологии. Затем приводится список литературы, воспользовавшись которой обучающийся может получить информацию для пополнения исходных знаний-умений.

Раздел «Содержание обучения» начинается списком основной и дополнительной литературы, необходимой для изучения конкретной темы. Изучение материала в последовательности и логике профессиональной деятельности обеспечивает граф логической структуры содержания темы.

В дальнейшем формируются вопросы теоретической подготовки, которые обучающийся должен усвоить для выполнения целевых видов деятельности по данной теме. Они являются узловыми вопросами темы и элементами графа логической структуры.

Ориентировочной основой действия служат различные схемы, таблицы, алгоритмы и т.п. Важным условием достижения цели является выработка

ориентировочной основы действий, которую необходимо сопроводить описанием поэтапного принципа работы с использованием чётких критериев. Для обучения используются целевые обучающие задания и разработанные средства самоконтроля (тесты с эталонами ответов). Задания, входящие в состав тестов, охватывают все цели, задачи и узловые вопросы каждой темы.

Краткие методические указания к работе на семинарско-практическом занятии или к самостоятельной работе знакомят курсанта с основными этапами и методикой проведения практического занятия. Вначале, после ознакомления с актуальностью темы занятия, общей и конкретной целями занятия, курсанты участвуют в утренней клинической конференции, на которой, после доклада дежурного врача, обсуждаются наиболее сложные больные, требующие уточнения диагноза или коррекции лечебно-диагностической тактики. Затем проводится определение исходного уровня знаний. Для определения уровня подготовки используют тесты исходного уровня, правильность решения которых преподаватель проверяет по эталонам ответов.

Далее проводится самостоятельная работа под руководством преподавателя, во время которой курсанты курируют тематических больных, осваивают методики проведения современных методов исследования в дерматовенерологии, решают ситуационные задачи.

После окончания самостоятельной курации, проводится клинический разбор тематических больных, во время которого обсуждаются современные взгляды на вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения, профилактики, трудовой экспертизы изучаемых заболеваний.

Для текущего контроля на занятии по каждой теме используются тесты формата «А» для определения знаний курсантами конкретных вопросов, изучаемых в данной теме. Для оценки всех видов целевой деятельности при текущем контроле используется достаточное количество индивидуальных вариантов тестов. Сопоставление с эталонами ответов осуществляет преподаватель и на этом основании делает соответствующие выводы. Поскольку эти тесты применяются для оценки результатов обучения, его эффективности, этот этап контроля нуждается в максимальной объективизации. После проведения тестирования, преподаватель проверяет правильность решения тестов с помощью эталонов ответов. Выставляется итоговая оценка.

После выполнения заданий курсантами проводится анализ итогов самостоятельной работы каждого с участием всех курсантов под руководством преподавателя. Оценивание учебной деятельности врачей – курсантов дерматовенерологов на кафедре дерматовенерологии и косметологии ФИПО ДонНМУ им. М.Горького проводится стандартизировано. При проведении предаттестационного цикла «Дерматовенерология» в соответствии со структурой практического занятия определяются основные виды деятельности, которые оцениваются, в первую очередь, это самостоятельная работа и текущий тестовый контроль. За каждый из них выставляется отдельная оценка.

В конце методического указания для курсантов представлен граф логической структуры темы и алгоритм.

Таким образом, созданные на кафедре методические указания для обучающихся и методические рекомендации для преподавателей для ПАЦ по специальности «Дерматовенерология» способствуют улучшению подготовки к семинарско – практическим занятиям, самостоятельной работы врачей – курсантов дерматовенерологов, объективизации оценки и формирования у специалистов профессиональных навыков.

### **Литература**

1. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н. Оценка качества обучения. Проблемы и перспективы // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2009.- Т.1, №1. – С.4-7.
2. Единая методическая система управления качеством подготовки специалистов Медицинского ВУЗа (методические рекомендации для преподавателей). - К., 2010. – 147с.
3. Методические указания по целевому тестовому контролю. – Донецк, 2013. – 20с.
4. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Каменецкий М.С., Гарина М.Г. Высшее медицинское образование (методология, управление). – Донецк: Здоровье, 2002. – 226.
5. Каменецкий М.С., Гарина М.Г. Программно-целевой принцип обучения в медицинском ВУЗе // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2000. – Т.1, №1. – С.59-62.

### **METHODICAL SUPPORT AS A MEANS OF INCREASING EFFICIENCY PRACTICAL LESSONS DERMATOLOGIST**

Protsenko T.V., Protsenko O.A., Chornovol A.S., Provision A.N., Gorbenko A.S., Zablotzkaya A.G., Lukyanchenko E.N., Gorbenko An.S., Kuznetsova V.G., Korchak I.V.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** Peculiarities of workshops on dermatology with students of various postgraduate training cycle in accordance with the program-targeted management of the quality of training developed at the university. We discuss the stages of learning, and the role of interactive forms in improving digestibility of the material and the development of action-oriented learning.

**Keywords:** methodological support, dermatology, workshops, doctors cadets.

УДК 611.9+617.5:378.147

### **РЕТРОСПЕКТИВА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА НА КАФЕДРЕ ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ДОННМУ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 15 ЛЕТ**

Сироид Д. В., Антипов Н. В., Жиляев Р. А., Зарицкий А. Б., Войтенко С. В.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Коллектив кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ДонНМУ в своей работе использует современные образовательные программы и технологии, направленные на более эффективную подготовку врачей.

**Ключевые слова:** топографическая анатомия и оперативная хирургия, кредитно-модульная система организации учебного процесса.

«Топографическая анатомия и оперативная хирургия» лежит в основе формирования клинического мышления врача и его навыков, в том числе -

оперативных. Поэтому сложно переоценить значение этой фундаментальной дисциплины в системе подготовки будущих врачей. Как известно, результат обучения определяется рядом факторов, которые условно можно разделить на три группы. В первую группу можно отнести способность и готовность преподавателя эффективно осуществлять процесс обучения. Вторую группу составляют факторы, связанные с условиями обучения. Третья группа включает способность и готовность студентов к эффективному обучению. В данной статье рассматриваются изменения, произошедшие за последние 15 лет в условиях обучения на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (ДонНМУ).

В первую очередь, эти изменения были связаны с внедрением в 2006 году кредитно-модульной системы организации учебного процесса (КМСОУП) [1]. Учебные дисциплины были разделены на модули, в конце которых осуществлялся итоговый модульный контроль (ИМК). Все студенты стали получать одинаковое количество оценок на каждом занятии, к ИМК допускались только студенты, имеющие рейтинг не ниже 3,0. Хотя «двойку», полученную на ИМК, следовало в обязательном порядке отработать, оценка за модуль в большей степени определялась текущей успеваемостью. Кроме того, при КМСОУП произошло резкое сокращение часов обучения, педагогический процесс резко интенсифицировался. На каждом 2-х часовом занятии необходимо было выставить до 30 и более оценок, в зависимости от количества студентов в группе.

Переход к КМСОУП потребовал от коллектива кафедры проведения колоссальной работы по созданию достаточной по объему базы тестов, новых методических указаний и рекомендаций. Кроме того, был разработан перечень практических навыков с критериями оценивания, изданы «Руководство по оперативной хирургии и топографической анатомии» для студентов медицинских факультетов и учебное пособие «Оперативная хирургия и топографическая анатомия головы и шеи» для студентов стоматологического факультета, получившее гриф МОЗ. В целом, переход к КМСОУП позитивно сказался на объективности оценивания студентов [2], способствовал реализации компетентностного подхода к обучению [3]. Более широко стали применяться элементы интерактивного обучения (работа в малых группах, деловые игры, разбор проблемных ситуаций и т.д.) [4]. Коллектив кафедры оказался готов справиться с многократно повысившейся нагрузкой на преподавателя: не только оценивать большее количество студентов, но и проводить еженедельные консультации, принимать многочисленные отработки текущих «2» (повышение рейтинга) и пересдачи ИМК. Если бы не способность коллектива к высокой самоотдаче, то переход к КМСОУП неизбежно привел бы к катастрофическому ухудшению качества подготовки специалистов [5].

Постепенно кафедра приобрела более современный вид, сотрудниками кафедры были созданы новые учебные фильмы, используемые на лекциях и практических занятиях. Приобретение мультимедийного проектора позволило

более эффективно осуществлять презентацию лекций. С 2012 года в ДонНМУ действует система менеджмента качества, целью которого является непрерывное улучшение качества образовательных услуг. Сотрудниками кафедры была проделана весьма трудоемкая, но важная работа: документация приведена в соответствие с действующими стандартами; установлена обратная связь со студентами путем проведения регулярного анкетирования с последующим анализом анкет; проведена самооценка с установлением сильных и слабых сторон кафедры; ежегодно осуществляется анализ эффективности деятельности кафедры и многое другое. Анализ анкетирования показал высокую степень удовлетворенности студентов качеством образовательных услуг.

Существенное влияние на жизнь кафедры оказали события 2014 года. Несмотря на риск для жизни (последствия обстрелов в виде поврежденных осколками дверей и стендов кафедры можно увидеть и сейчас), коллектив кафедры, как и большинство сотрудников ДонНМУ, продолжил свою работу, причем – в полном составе. Вынужденно, в экстренном порядке пришлось обеспечивать дистанционное обучение студентов. В настоящее время электронный ресурс «Образовательная среда» продолжает наполняться новыми материалами и успешно используется студентами при самостоятельной подготовке к занятиям. Пользуясь этим ресурсом, студенты имеют возможность в любое удобное для них время ознакомиться с методическими указаниями к теме занятия, пройти интерактивную лекцию и тестирование, провести работу над ошибками.

С 2015 года на кафедре внедряются новые Стандарты обучения: разработаны новые Рабочие Программы, в соответствии с ними созданы новые календарно-тематические планы лекций и практических занятий, написаны новые методические указания. В 2015 году на кафедре впервые была проведена студенческая Олимпиада по оперативной хирургии и топографической анатомии. В начале 2016 года, после долгого перерыва, был проведен экзамен по дисциплине. В целом, значительное увеличение часов изучения дисциплины и предусмотренное новыми Стандартами обучения проведение экзамена должны позитивно сказаться на качестве подготовки специалистов. Однако вызывает недоумение тот факт, что студенты специальности «Медико-профилактическое дело» отдельно изучают «Топографическую анатомию» и «Оперативную хирургию». Такой разрыв двуединой дисциплины ничем не обоснован. Необходимо определиться, будут ли студенты специальностей «Медико-профилактическое дело» и «Стоматология» врачами, или нет. Если они будут врачами, они должны иметь достаточно глубокое представление о строении человеческого тела и, на основании этих представлений, должны уметь выполнять первичную хирургическую обработку раны и другие врачебные манипуляции.

В настоящее время студенты на практических занятиях учатся (путем разбора конкретных клинических ситуаций, с обязательным использованием наглядных пособий) интерпретировать особенности топографической анатомии

областей и полостей человеческого тела, на муляжах и тренажерах - обосновывать и моделировать технику выполнения оперативных навыков и врачебных умений. Кроме того, они сравнивают различные варианты оперативных вмешательств, определяют показания к ним, дают топографо-анатомическое обоснование, оценивают достоинства и недостатки, рассматривают возможные ошибки и осложнения. Создание новых Рабочих Программ позволило гораздо больше внимания уделить рассмотрению современных малоинвазивных (в том числе – эндоскопических) оперативных вмешательств. Появилась возможность больше времени уделять формированию практических навыков. В ближайшем будущем перспективы развития учебной работы кафедры связаны с более широким внедрением компетентного подхода к обучению, использованием современных наглядных пособий и тренажеров, созданием компьютерного класса.

Таким образом, условия обучения на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии за последние 15 лет существенно менялись и совершенствовались, совершенствовалось также педагогическое мастерство преподавателей: в процессе обучения более широко стали использоваться активные и интерактивные формы обучения. Однако, не следует забывать, что на конечный результат обучения существенное влияние оказывает исходный уровень знаний и умений студентов, который зачастую оставляет желать лучшего.

**Выводы.** Коллектив кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ДонНМУ продемонстрировал способность адекватно реагировать на изменения, происходившие в течение последних 15 лет. Сотрудники кафедры в своей работе используют современные образовательные программы и технологии, направленные на более эффективную подготовку врачей.

### **Литература**

1. Пути оптимизации кредитно-модульной системы обучения на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии / Семенова Т. В., Сироид Д. В., Жук И. В., Зарицкий А. Б. // Питання експериментальної та клінічної медицини: зб. статей. - Донецьк, 2008. – Вип. 12. – Т. 2. – С. 248-253.

2. Особенности оценивания студентов на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии / Сироид Д. В., Антипов Н. В., Жилиев Р. А., Войтенко С. В. // Питання експериментальної та клінічної медицини: збірник статей. – Донецьк, 2010. – Вип. 14. – Т. 2. – С. 269-273.

3. Реализация компетентного подхода к обучению на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии / Антипов Н. В., Сироид Д. В., Жилиев Р. А. [и др.] // Експериментальна і клінічна медицина. – 2014. - № 2 (63). – С. 15-18.

4. Состояние и перспективы интерактивного обучения на кафедрах хирургического профиля / Антипов Н. В., Сироид Д. В., Жилиев Р. А. [и др.] // Міжнародний вісник медицини. – Донецьк, 2013. – Т. 6. – № 1. – С. 68-69.

5. Как повысить качество подготовки медицинских кадров: изменить систему обучения или учитывать реалии сегодняшнего дня? / Сироид Д. В.,

Антипов Н. В., Жилияев Р. А. [и др.] // Проблемные вопросы педагоги и медицины : сборник научных трудов памяти проф. Е. М. Витебского, посв. 85-летию Alma Mater. – Донецк, 2015. – Вып. 9. – С. 203-207.

A RETROSPECTIVE OF THE EDUCATIONAL PROCESS AT THE DEPARTMENT OF  
TOPOGRAPHIC ANATOMY AND OPERATIVE SURGERY  
FOR THE PAST 15 YEARS DONNMU

Siroid D. V., Antipov N. V., Zhylyayev R. A., Zaritskii A. B., Voitenko S. V.  
M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The staff of the Department of topographic Anatomy and operative surgery DonNMU in their work using modern technology and education programs aimed at better training of doctors.

**Keywords:** topographic Anatomy and operative surgery, credit-modular system of the educational process.

УДК 378.147:617-097-08-084

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ  
ИНТЕРНОВ-ОФТАЛЬМОЛОГОВ И ЕЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ  
ОРГАНИЗАЦИЯ

Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра офтальмологии ФИПО

**Резюме.** Работа посвящена вопросу особенностям организации самостоятельной работы интернов- офтальмологов. Приводятся данные о различных этапах и формах самостоятельной работы молодых врачей. Обращается внимание индивидуализации подхода к ее проведению.

**Ключевые слова:** врач-интерн, самостоятельная работа, организация.

Последипломная специализация врачей-офтальмологов в интернатуре - важный этап в становлении молодого врача [1]. Усовершенствование форм и методов учебного процесса - один из основных механизмов повышения качества подготовки квалифицированных врачей. В настоящее время перед учебными заведениями стала новая проблема- научить врачей-интернов учиться на протяжении всей своей трудовой деятельности, быть готовым до самоусовершенствования постоянно, в противном случае при существующих темпах накопления профессиональных данных, можно очень быстро потерять свою квалификацию.

Развитие этой проблемы, в соответствии с Болонским процессом, предусмотрено путем введения в процесс обучения самостоятельной работы как врачей-интернов, так и курсантов, проходящих обучение на кафедре глазных болезней ФИПО Донецкого национального медицинского университета. Самостоятельная работа открывает простор для выявления теоретических и практических возможностей каждого обучающегося, формирует способность к аналитическому мышлению, так как ставит его перед необходимостью самостоятельно находить нужную информацию анализировать учебный материал, выделять из него главное и отбрасывать второстепенное, запоминать нужное, важное и в полном объеме . Этому



должны научить преподаватели путем внедрения в учебный процесс различных ее видов и форм ее контроля, предоставление соответствующей учебно-методической документацией, облегчающей и организующей самоподготовку по программным темам.

Организация самостоятельной работы должна всемерно развивать индивидуальные склонности врача-интерна к изучаемому предмету. Различают два вида самостоятельной работы обучающегося: аудиторная-которая проводится в процессе занятия под руководством или при консультации доцента, ассистента кафедры, внеаудиторная- выполняемая в библиотеке, за монитором компьютера, на тренажерах, разработанных на кафедре, в домашних условиях.

Аудиторная самостоятельная работа интерна нацелена на усовершенствование умений и навыков сбора диагностической информации, которая направлена на формулирование диагноза, определения степени тяжести офтальмологического статуса пациента, назначение плана обследования и лечения. Главными методическими приемами данного раздела самостоятельной работы это курация больного.

Внеаудиторная самостоятельная работа направлена на изучение этиологии, патогенеза, клинических особенностей заболеваний у пациентов различных возрастных групп, дифференциальной диагностики, профилактике и лечению. Важное задание преподавателя на этом этапе- научить молодого врача самостоятельно работать с источником информации: монографией, журнальной статьей, авторефератом диссертации. Умение читать и находить необходимое - очень сложный процесс. Врачу-интерну порой трудно критически оценивать такой материал, не имея достаточного клинического опыта

Данные виды работы интернов, как уже отмечалось, имеют самые разнообразные формы, которые должен планировать преподаватель с учетом содержания изучаемой темы, методических разработок. На основе многолетнего опыта работы кафедры глазных болезней ФИПО к формам самостоятельной работы мы относим: конспектирование основной и дополнительной литературы; написание рефератов, тезисов, докладов; изготовление наглядных пособий; решение ситуационных задач, тестов или их разработка; работа с компьютерной программой; научная работа (сбор литературного материала, проведение исследований, анализ полученных данных и обобщение полученных результатов и т.д.); составление алгоритмов, стандартов постановки диагноза при различных заболеваниях органа зрения; курация больных, тренинг практических навыков и др.

На кафедре организованы читальный зал и компьютерный класс, в которых созданы все условия для самостоятельной работы врача-интерна.

Развитие способности к самостоятельному аналитическому мышлению мы ставим на первое место. Следующее важное задание – это научить молодого врача практическим навыкам лечебно-диагностических манипуляций, чтобы преодолеть страх и неуверенность в процессе их выполнения больному. На

наш взгляд, в процессе самостоятельной работы преподаватель должен быть всегда рядом, а инициатором диагностических и лечебных методов выступает врач-интерн. При этом очень важно не давить авторитетом, а умело направлять на правильный путь, избегая ошибок и промахов.

Таким образом, данный вид обучения способствует более качественному формированию профессионального понимания будущей деятельности врача-офтальмолога.

### **Литература**

1. Педагогика высшей школы: Уч.пособие / Р.С. Пионова.- Мн.: Университетское изд.-2002.-256с.

#### **THE MAIN CHARACTERISTICS OF SELF-WORK INTERNS-OPHTHALMOLOGISTS AND ITS TECHNOLOGY ORGANIZATION**

Smirnova A., Golubov K., Kotlubey, G.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The work is devoted to the peculiarities of the organization of independent work intern. The data on the various stages and forms of independent work of young intern.. It draws attention to the individualization of the approach to its conduct

**Keywords:** doctor-intern ophthalmologist, independent work, training.

УДК 617-053.2:378.147:004.9

#### **ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОЦЕССЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ОФТАЛЬМОЛОГОВ**

Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В., Зорина М.Б.,Евтушенко В.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра офтальмологии ФИПО

**Резюме.** В статье рассматриваются вопросы, связанные с использованием инновационных технологий преподавания офтальмологии. Авторы делятся опытом создания и использования в педагогическом процессе на кафедре офтальмологии интерактивных методов обучения, компьютерного класса.

**Ключевые слова:** инновации, преподавание, офтальмология.

Качество оказания офтальмологической помощи зависит от непрерывной системы последипломной подготовки специалиста. Основные задачи профессионального образования это подготовка квалифицированного, компетентного, конкурентоспособного специалиста, готового к постоянному самообразованию, лично ответственного за уровень своих компетенций.

Процесс обучения на последипломном уровне многообразный, но при этом является целостной системой организационных форм и методов. Каждая форма обучения (лекция, практические занятия, семинарские, самостоятельная работа, работа по отработки практических навыков, работа в компьютерном классе, дистанционные методы обучения и другие) решает свои специфические задачи формирования специалистов и опирается на использование определенных методов организации педагогического труда преподавателей и учебной работы обучаемых, способов передачи и усвоения знаний. В целях повышения эффективности подготовки врачей предполагается совершенствование учебного

процесса и поиска новых путей в решении традиционных проблем преподавателя.

Сайт кафедры играет значительную роль в процессе информирования врачей-офтальмологов, интернов-офтальмологов и врачей других специальностей о работе кафедры.

Материал, размещенный на сайте кафедры, разбит на несколько блоков. Первый из них посвящен истории создания и развития кафедры. В нем представлены материалы не только о работающих в настоящее время сотрудниках кафедры, но и о наших ветеранах, которые уже посвятили многие годы обучения офтальмологов.

Наиболее посещаемая часть сайта посвящена организации учебной работы. В данном блоке представлена информация о плане курсов повышения квалификации врачей-офтальмологов (тематическое усовершенствование, предаттестационные и специализированные циклы по специальностям «Офтальмология» и «Детская офтальмология»), врачей общей практики - семейная медицина, тематика практических и лекционных занятий указанных циклов. Размещена информация для врачей интернов-офтальмологов (списки групп, расписание занятий на очных и заочных базах, перечень практических навыков и умений, которые осваиваются в процессе обучения). На сайте представлены данные о клинических базах кафедры, на которых проходит обучение врачей-курсантов и интернов. Уделено внимание и критериям оценивания знаний обучающихся., размещены методические материалы.

Лечебной работе так же посвящен один из разделов сайта. Представлена информация о всех клинических базах кафедры с указанием их профильности, объема представляемого лечения и консультаций, графике консультативных приемов сотрудников кафедры.

В блоке, посвященной научной работе кафедры, имеются данные об основных направлениях научной работы, разработках сотрудников и внедрению их в практику, публикациях, офтальмологических научных форумах/Представлена информация о работе СНО кафедры.

Одним из перспективных направлений является использование технологических средств, к которым относятся наглядные средства обучения и системны программированного контроля.

Немалая роль в этом принадлежит мультимедийным методам обучения. Использование их в процессе преподавания особенно и даже необходимо в медицинских учебных заведениях, где объектом обучения является человеческий организм.

Мультимедийные презентации на лекции мобилизуют в последствие, интерес обучающихся и стимулируют их познавательную активность.

В преподавании курса офтальмологии основной формой обучения является практические занятия. По всем темам практических занятий на кафедре офтальмологии ФИПО составлены методические рекомендации в конце которых приведены тесты для контроля усвоения материала. Для большинства тем имеются учебные видеофильмы, кроме того для циклов «Микрохирургия глаза» и ряда других практических занятий разработаны замедленные видеофильмы с

детальной иллюстрацией фрагментов оперативных вмешательств с применением стоп – кадра. Электронные пособия помимо тем занятий освещают казуистическую и редко встречающуюся патологию глаз. Созданный на кафедре электронный атлас глазной патологии с кратким описанием снимков, помогает визуально представить обучающемуся различные виды одной и той же патологии, провести дифференциальную диагностику.

Организованный на кафедре компьютерные классы используются в учебном процессе как, для контроля различных видов знаний, исходный, промежуточный и итоговый, так и для самостоятельной работы.

Зачастую многие врачи не имеют возможности посещать конференции и тем более ездить за рубеж поэтому, большим интересом при самоподготовке пользуются созданная на кафедре видеотека с записью выступлений на конференциях, съездах, симпозиумах, как отечественных ученых, так и зарубежных.

Для самоподготовки и углубления знаний на кафедре помимо компьютерного класса со скоростным интернетом собрана библиотека которой обучающиеся могут пользоваться как в учебных классах, так и взять тот или иной материал домой. Нами было обращено внимание на то, что такое сближение библиотека – кафедра вызывает у врачей особенно более старшего возраста большую заинтересованность, и они активно в процессе обучения пользуются этой библиотекой.

На кафедре офтальмологии ФИПО помимо врачей – курсантов офтальмологов и интернов проводятся занятия и с семейными врачами, педиатрами, интернами общего профиля. В специально оснащенной диагностической учебной комнате на кафедре осваиваются методы исследования органов зрения и их функции, и несложные офтальмологические манипуляции, доступные врачу общего профиля. В овладении практическими навыками особое внимание уделяется описанию осмотра глазных яблок, исследованию зрительных функций (визометрии, периметрии определению рефракции и особенно тонометрии). Все лекции в мультимедийном изображении читаются доступными для врачей общего профиля терминами.

В связи с военными событиями в регионе наш ВУЗ начал активно использовать дистанционную систему управления обучением Moodle. Дистанционное обучение – это форма образовательного процесса, при которой взаимодействие преподавателя с учащимся осуществляется на расстоянии посредством различных видов опосредованных коммуникаций, представляющих собой двусторонний обмен информацией в форме текстов, аудио или видеозаписей, таблиц, картинок и др.

Дистанционное обучение имеет все составляющие учебного процесса: цели обучения и воспитания, учебный план и программы, методологию.

С сентября 2014 г на кафедре начали использовать элементы очного и дистанционного обучения. На первом этапе была создана информационно-образовательная среда на соответствующем сайте университета. В общей её части представлены расписания, тематика лекций, практических, семинаров. По

изучаемым темам выложены в сеть методические указания, материалы лекций, видеофильмы, литература, базовые учебники, а также тесты. Представленными материалами ИОС активно пользуются офтальмологи и обучающиеся в интернатуре, клинической ординатуре, врачи – курсанты в домашних условиях, а также в компьютерном классе кафедры, который подключен к интернету.

Планируется использование дистанционного обучения для выездных циклов обучения, рассылка образовательно-методических материалов в цифровом виде на электронную почту каждого обучающегося, организация веб – занятий на форуме и чад – занятий в режиме реального времени с одновременным доступом к нему всех участников учебного процесса.

Таким образом, полученный нами опыт использования инновационных методов обучения позволил усилить мотивацию обучающихся к изучению предмета. Применение методики дистанционного обучения создало условия для проведения непрерывного последиplomного образования офтальмологов.

#### INNOVATIONNYYE TECHNOLOGY IN THE POSTGRADUATE EDUCATION OF OPHTHALMOLOGISTS

Smirnova A., Golubov K., Kotlubey, G., Zorina M., Evtuschenko V.  
M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** This article discusses issues related to the use of innovative technologies of teaching ophthalmology. The authors share their experience of creating and using in the pedagogical process at the Department of Ophthalmology of interactive teaching methods, computer class.

**Keywords:** innovations, teaching, ophthalmology.

УДК: 614.231.25: 159.942.5

#### СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СРЕДИ ВРАЧЕЙ

Ткаченко К.Е.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье рассматриваются основные причины формирования синдрома эмоционального выгорания у врачей. Проведен анализ распространенности данного синдрома среди представителей врачебных специальностей.

**Ключевые слова:** синдром эмоционального выгорания, врачебные специальности.

В настоящее время все больше внимания уделяется изучению синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). СЭВ — это реакция организма на продолжительное воздействие стресса средней интенсивности, связанного с профессиональной деятельностью. Основной причиной формирования данного состояния считается психическое переутомление. В Международной классификации болезней (МКБ-Х) данное состояние относится к рубрике Z-73 «Проблемы, связанные с трудностями поддержания нормального образа жизни».

Механизмы формирования СЭВ подробно рассмотрены в работах В.В. Бойко, который определяет СЭВ как механизм психологической защиты в форме понижения энергетики эмоций, выработанный личностью в ответ на психотравмирующие воздействия. Развитие данного состояния включает 3

стадии: напряжение, резистенция, истощение. Для каждой фазы характерен определенный набор симптомов. На стадии напряжения выявляются неудовлетворенность собой, тревога и депрессия, переживание психотравмирующих обстоятельств, симптом «загнанности в клетку». При формировании резистенции отмечаются расширение сферы экономии эмоций, неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, редукция профессиональных обязанностей, эмоционально-нравственная дезориентация. На стадии истощения появляются психовегетативные и психосоматические нарушения, эмоциональный дефицит, личностная отстраненность, эмоциональная отстраненность.

Синдрома эмоционального выгорания характеризуется следующими симптомами: физические (изменение веса, физическое утомление, усталость, бессонница, повышение артериального давления, одышка, головокружение, тошнота, потливость), эмоциональные (депрессия, безразличие, недостаток эмоций, преобладание ощущения одиночества, чувство безнадежности и беспомощности, тревога, агрессивность, раздражительность, неспособность сосредоточиться, чувство вины), поведенческие (импульсивное эмоциональное поведение, сниженная физическая активность, время работы более 45 часов в неделю, усталость во время работы, употребление алкоголя, лекарств, курение), интеллектуальное состояние (апатия, снижение интереса к жизни, формальное выполнение работы, предпочтительное использование стандартных шаблонов), социальные (снижение социальной активности, ощущение изоляции, ограничение социальных контактов работой). Среди профессий наиболее подверженных формированию СЭВ врачи, педагоги, психологи, спасатели, социальные работники.

Эмоциональные перегрузки, повышенная ответственность, работа в негативном эмоциональном поле, необходимость принимать быстрые и ответственные решения, опасность возникновения осложнений у больных в процессе оказания медицинской помощи – все эти факторы предрасполагают к формированию СЭВ у представителей врачебных специальностей. Кроме того, врачи, работающие в отделениях реанимации и интенсивной терапии, оказывают помощь больным в критическом состоянии, принимают решения в экстремальных ситуациях.

При использовании методики В.В. Бойко установлено, что у 43,3 % врачей психиатров-наркологов имеются признаки формирующейся стадии напряжения, а у 10 % отмечена сформированная фаза. Наиболее выраженный симптом данной стадии — «переживание психотравмирующих обстоятельств». У 40,1 % врачей выявлено формирование фазы резистенции, у 33,3 % данная стадия сформировалась. Фаза истощения наблюдается у 10 % наркологов, признаки формирующейся стадии отмечены у 36 %. Наиболее выраженным симптомом оказался «эмоциональный дефицит». Сформированный синдром профессионального выгорания отмечается у 36,1 % хирургов, 30,9 % терапевтов и 9,2 %

врачей, не имеющих непосредственного контакта с больными. При этом у 16,6 % врачей хирургического профиля отмечаются психовегетативные и психосоматические нарушения, не выявленные у представителей других групп, что объясняется более высоким физическим и эмоциональным напряжением работы хирургов. При изучении особенностей СЭВ у врачей-организаторов здравоохранения выявлено отсутствие сложившихся симптомов и фаз СЭВ.

В связи с этим представляются крайне важными мероприятия по профилактике и лечению данной патологии. Необходимо обратить внимание на взаимосвязь личностных реакций и заболеваемости, характер межличностных отношений в коллективе. Кроме того, важно проведение организационных мероприятий, направленных на улучшение условий трудовой деятельности, повышение профессиональной мотивации.

Рекомендуется определение долгосрочных и краткосрочных целей, профессиональное развитие и самосовершенствование (конференции, конгрессы, повышение квалификации), умение переключаться между разными видами деятельности, использование перерывов в работе, создание благоприятного социального и психологического окружения на рабочем месте, обеспечение достаточной автономии работников, снижение чрезмерной конкуренции, поддержание хорошего физического состояния.

#### EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME: DISTRIBUTION AMONG DOCTORS

Ткаченко К.Е.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The article considers main reasons of emotional burnout syndrome formation in doctors. Analysis of emotional burnout syndrome distribution in doctors has been conducted.

**Keywords:** emotional burnout syndrome; medical specialists.

УДК: 378.147.88; 159.955.1: 61-057.875

#### ПРОБЛЕМА ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Ткаченко К.Е.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье описывается актуальность проблемы формирования мотивации самостоятельной работы студентов медиков, а так же перспективы решения выявленной проблемы.

**Ключевые слова:** самостоятельная работа, мотивация.

Для успешного осуществления учебно-познавательной деятельности современный студент - медик должен обладать ключевыми компетенциями, к числу которых относится, в частности, способность самостоятельно осваивать новые знания. Готовность к самостоятельной работе — одно из важнейших условий успешной учебной и дальнейшей профессиональной деятельности. Эти обстоятельства приводят к выводу о том, что сегодня проблема формирования мотивации самостоятельной работы студентов

стоит необычайно остро. По сути, происходит переход от обучения, как преподнесения системы знаний, к необходимости развития у обучающихся навыков самостоятельной учебно-познавательной деятельности.

Научные исследования последних лет указывают на востребованность самостоятельной работы студентов в учебно-познавательной деятельности. Роль учителя заключается в организации самостоятельной работы с целью приобретения и развития студентами общих компетенций, позволяющих сформировать способность к саморазвитию и самообразованию. Навыки самостоятельности не являются природным даром, их необходимо развивать у обучающихся.

Одним из путей повышения эффективности учебно-познавательной деятельности, является соответствующая организация самостоятельной учебной работы. Известно, что значительный объём заданий, предлагаемых студентам для самостоятельной работы, не выполняется вообще, выполняется формально или просто списывается с доступных источников. Практика показывает, что деятельность обучающихся чаще бывает подражательной, не требующей от них новых действий и способов решения поставленных задач. По нашему мнению, в числе важных причин того, что навыки самостоятельной работы отсутствуют, это слабая мотивация самостоятельной работы. Активная самостоятельная работа студентов медиков возможна только при наличии сформированной серьезной и устойчивой мотивации.

Анализ научно-педагогических источников позволил выделить основные группы проблем, которыми занимаются педагоги, изучающие мотивацию в целом и мотивацию самостоятельной работы, в частности, следующие. Первую группу составляют исследования, в которых представлена разработка понятийного аппарата, относящегося к мотивам и мотивации, определение структурных компонентов мотивации. Вторая группа представлена изучением психологических механизмов мотивации. Третья группа исследует место потребностей, эмоций, чувств в мотивации личности. Четвёртую группу составили исследования, посвящённые формированию и развитию мотивации различных видов деятельности. Пятая группа исследует сущность самостоятельной работы.

В мотивационной сфере выделяются:

мотивационная система личности — общая (целостная) организация всех побудительных сил деятельности, лежащих в основе поведения человека, которая включает в себя такие компоненты, как потребности, собственно мотивы, интересы, влечения, убеждения, цели, установки, стереотипы, нормы, ценности и др.;

- мотивация достижения — потребность в достижении высоких результатов поведения и удовлетворении всех других потребностей;
- мотивация самоактуализации — высший уровень в иерархии мотивов личности, состоящий в потребности личности к наиболее полной реализации своего потенциала, в потребности самореализации себя.



Анализ научной литературы свидетельствует об актуальности для исследователей вопросов мотивации. Однако проблема формирования мотивации самостоятельной работы студентов до настоящего времени не получила в науке должного освещения: не обоснованы сущностные характеристики мотивации самостоятельной работы, не разработаны критерии оценки уровней сформированности мотивации самостоятельной работы студентов, не выявлены особенности систематизации средств на разных этапах формирования мотивации самостоятельной работы.

Таким образом, исходя из всего вышесказанного, наиболее важным, на наш взгляд, является рассмотрение такого аспекта исследуемой проблемы как формирование мотивации самостоятельной работы студента медика. Перспективы её решения видятся в выявлении сущностных характеристик мотивации самостоятельной работы, определении уровней формирования мотивации самостоятельной работы подростков в учебно-познавательной деятельности, разработке системы средств формирования мотивации самостоятельной работы студентов в учебно-познавательной деятельности, обосновании логики и организации процесса формирования мотивации самостоятельной работы студентов в учебно-познавательной деятельности.

#### THE PROBLEM OF MOTIVATION FORMATION OF INDEPENDENT WORK IN MEDICAL STUDENTS

Tkachenko K.E.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The article considers a problem of motivation formation of independent work in medical students, as well as the prospects of solving the identified problems.

**Keywords:** independent work, motivation.

УДК: 61-057.875; 159.952

#### ИССЛЕДОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТНО-ЦЕННОСТНОЙ СФЕРЫ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Ткаченко К.Е.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье рассмотрены социально-психологические особенности студенческой молодежи. На основе методики М. Рокича проведено практическое исследование ценностных ориентаций студентов.

**Ключевые слова:** студенты, ценности, методика Рокича.

**Актуальность.** Существующая обстановка в обществе и наиболее распространенные на данный момент времени мировоззренческие взгляды молодежи таковы, что у студентов практически полностью отсутствует мотивация к получению новых знаний, становлению себя как профессионала и саморазвитию. С каждым годом подобные явления все сильнее проявляются, поскольку желание учиться с каждым годом у новых студентов все меньше в прямой зависимости от изначального уровня их знаний при поступлении их в ВУЗы. Данная проблема состоит в том, что для современной студенческой

молодежи – широкие знания и профессионализм не являются приоритетными ценностями, а как следствие отсутствует мотивация к обучению и саморазвитию. Именно поэтому так важно для современных педагогов разбираться в потребностно-ценностной сфере студенческой молодежи, чтобы понимать, каким образом заинтересовать их в получении знаний, привить профессионализм, обеспечить наше общество людьми, умеющими думать и саморазвиваться.

Методика Рокича – это тест личности, направленный на изучение ценностно-мотивационной сферы человека. Методика основана на прямом ранжировании списка ценностей. М. Рокич различает два класса ценностей:

1. Терминальные - убеждения в том, что конечная цель индивидуального существования стоит того, чтобы к ней стремиться. Стимульный материал представлен набором из 18 ценностей.

2. Инструментальные - убеждения в том, что какой-то образ действий или свойство личности является предпочтительным в любой ситуации. Стимульный материал также представлен набором из 18 ценностей.

Нами было проведено эмпирическое исследование структуры ценностей студентов как особой стратификационной группы. В исследовании приняли участие 30 человек студенты третьего курса стоматологического факультета.

В системе терминальных ценностей испытуемых (Табл. 1) наиболее высокий ранг значимости занимают здоровье, наличие хороших друзей, материально обеспеченная жизнь, любовь, счастливая семейная жизнь, интересная работа.

Следующие ценности, как красота природы и искусства, счастье других, творчество, продуктивная жизнь, общественное признание занимают в иерархии ценностей последние места. Ведущие ранги в иерархии инструментальных ценностей принадлежат следующим ценностям: жизнерадостность, ответственность, воспитанность, честность, образованность, и независимость, (Табл. 1). Низкий ранг значимости присущ таким ценностям, как, непримиримость к недостаткам в себе и других, высокие запросы, чуткость, широта взглядов и терпимость.

Таблица 1. Групповая иерархия ценностей испытуемых

Терминальные ценности			Инструментальные ценности		
Ценности	Групповой ранг	Средний ранг	Ценности	Групповой ранг	Средний ранг
Здоровье	1	2,8	Жизнерадостность	1	5,2
Наличие хороших и верных друзей	2	5,2	Ответственность	2	6,6
Материально обеспеченная жизнь	3	6,1	Воспитанность	3	7,1
Любовь	4	6,4	Честность	4	7,7
Счастливая семейная жизнь	5	7,5	Образованность	5	8,4
Интересная работа	6	7,8	Независимость	6	8,5
Свобода	7	8,6	Самоконтроль	7-8	8,6

Уверенность в себе	8	8,8	Аккуратность и чистоплотность	7-8	8,6
Развитие	9	9,8	Твердая воля	9	8,7
Жизненная мудрость	10	9,9	Смелость в отстаивании своего мнения и взглядов	10	9,3
Развлечения	11	10,1	Исполнительность	11	9,8
Познание	12	10,3	Эффективность в делах	12	10,4
Активная деятельная жизнь	13	10,9	Рационализм	13	10,5
Общественное признание	14	11,3	Терпимость	14	11,2
Продуктивная жизнь	15	11,6	Широта взглядов	15	11,4
Счастье других	16	13,7	Чуткость	16	11,8
Творчество	17	15,2	Высокие запросы	17	12,0
Красота природы и искусства	18	15,4	Непримиримость к недостаткам в себе и других	18	13,8

В результате проведенных исследований мы пришли к выводу, что в деятельности для многих студентов важен не сам процесс, а непосредственно результат. Также выявлено, что у испытуемых студентов отмечается преобладание мотивов собственного благополучия, стремления к личному первенству, престижу. Педагогу следует ориентироваться на жизненные ценности важные в студенческом возрасте, чтобы обеспечить мощную мотивацию к обучению.

#### RESEARCH OF THE NEED - VALUE SPHER IN MEDICAL STUDENTS

Тkachenko K.E.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The article deals with the social and psychological features of the student youth. Based on the M. Rokeach methodology practical research of the student value orientations was conducted.

**Keywords:** students, values, Rokeach methodology.

УДК 378.147-322:615.83+378.961

#### ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Томачинская Л.П., Кабанова Н.В., Поважная Е.С., Зубенко И.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.

**Резюме.** В данной работе рассмотрена возможность преподавания медицинской реабилитации с позиции функциональных систем. При этом составляется план лечения конкретного больного с учетом таких компонентов как мотивация, память, обстановочная и пусковая афферентация. При таком подходе больной выступает не как объект лечения, а как личность. Предлагаемая методика может быть использована и на других клинических кафедрах.

**Ключевые слова:** физические факторы, механизм действия, функциональные системы, интеграция, управляющее устройство, объект управления, измерительное

устройство.

Одной из важнейших задач подготовки врачебных кадров является достижение высокого уровня их квалификации. Решение этой задачи возможно при условии осуществления постоянной интеграции общетеоретических, медико-биологических, и гигиенических дисциплин, как по вертикали, так и по горизонтали в течение всего периода обучения. Это позволит будущему врачу использовать весь арсенал имеющихся методов лечения, в том числе и немедикаментозных.

Специфика предмета требует от обучающихся интеграции знаний теоретических и клинических дисциплин. В большей степени, чем другие клинические дисциплины, физиотерапия, как основная часть медреабилитации, основывается на знании законов физики и биофизики. В то же время, являясь прикладной дисциплиной, она не может быть усвоена без прочных знаний по всем клиническим дисциплинам.

Достижения главной цели – положительного эффекта лечения – при рациональном сочетании лекарственной и немедикаментозной терапии требует от врача четкого представления о механизмах действия физических лечебных факторов на организм человека, а также на фармакодинамику и фармакокинетику применяемых лекарственных средств.

К сожалению, в имеющейся лечебной литературе по физиотерапии объяснение механизма действия физических факторов дается с устаревших теоретических позиций.

В то же время при обучении на младших курсах на кафедрах медикобиологического профиля студенты получают фундаментальную теоретическую подготовку, не используемую в дальнейшем при изучении физиотерапии студентами старших курсов и врачами при самоподготовке.

При разработке механизма действия физических факторов принципиальным является положение, согласно которому их воздействие следует рассматривать как физический раздражитель. Следовательно, правильное понимание механизма лечебного действия физических факторов возможно только через фундаментальные закономерности физики и биологии.

Это положение позволяет в качестве первого этапа предлагаемой системы рассмотреть вопрос о действии физических факторов на целостный организм по следующей биокibernетической схеме: физический фактор воздействует на управляющее устройство (центральную нервную систему), которое посылает импульсы на объект управления (орган, система органов), отсюда – на измерительное устройство (рецепторный аппарат), с которого по системе обратной связи снова на измерительное устройство.

Схема позволяет получить общее представление о действии физических факторов на организменном уровне, объяснить общий характер происходящих в нем изменений, учесть функциональные особенности обратных связей.

Следующим этапом является переход от общих явлений к более конкретным, локальным воздействиям. Действие физических факторов следует рассматривать с позиции универсальных законов действия раздражителей на

ткани организма. Такими законами является закон силы и закон времени с их фазностью действия, а для постоянных токов (гальванического и импульсных) – еще и полярные законы раздражения.

Действие любого раздражителя на организм начинается с рецепторного поля. Использование предлагаемой схемы для изучения механизма действия физических факторов позволяет учесть ответные реакции организма по всей иерархической лестнице – от рецепторов до высших отделов центральной нервной системы. Кроме того, появляется возможность объединить такие теоретические понятия, как закон пороговой силы воздействия (сенсорный порог, моторный порог), показатель временного воздействия с клиническим эффектом лечебного фактора.

Рассмотрение взаимосвязей «сила-время» позволяет говорить не только о количественных но и о качественных изменениях живых тканях и тесно связано с дозой применяемых лечебных факторов. Каждый этаж предполагаемой схемы является промежуточной частью механизма действия физических факторов и зависит от нижележащего, оказывая влияние на «вышележащий» этаж.

Завершить этот этап разбора механизма лечебного действия физических факторов можно рассмотрением схемы, иллюстрирующей роль ретикулярной формации как коллектора всей афферентной импульсации и модуляции функционального состояния высших нервных центров.

Физический фактор посредством сенсорных сигналов воздействует на ретикулярную формацию, которая, в свою очередь, воздействует на моторную систему, состояние сознания, эмоции, вегетативную регуляцию.

Как видно из этой схемы, стимуляция или блокирование ретикулярной формации физическими факторами через сенсорный вход может повлиять на весь организм и вызвать через центральный аппарат общую неспецифическую тонизирующую или седативную реакцию. Это крайне важно учитывать при рассмотрении синергизма действия фармакологических препаратов и физических факторов, возможности потенцирования эффекта медикаментозной терапии с помощью терапевтического воздействия.

Системный подход позволяет синтезировать взгляд на человека, как системную целостность, единство биогенных и социальных уровней жизнедеятельности.

Преподавание медреабилитации системных позиций раскрывает широкие возможности использования элементов интеграции знаний полученных студентами на других кафедрах.

Методы немедикаментозной терапии в настоящее время пользуются большой популярностью. В некоторых случаях они имеют бесспорные преимущества перед другими методами лечения. С позиции теории функциональных систем можно составить план лечения конкретного больного с учетом таких компонентов как мотивация, память, обстановочная и пусковая афферентация. При таком подходе больной выступает не как объект лечения, а как личность. При этом на всех этапах врач активно включается как компонент в контур общефункциональной системы «врач-больной», влияет на все стороны

жизнедеятельности больного начиная с формирования афферентного синтеза.

Предлагаемая методика может быть использована и на других кафедрах медицинского профиля.

### **Литература**

1. Судаков К.В. Теория Функциональных систем. М. 1996, 224 с.
2. П.К Анохин Избранные труды. Кибернетика функциональных систем. Под редакцией К.В. Судакова. М. 1998. 400с.
3. Физиология человека под редакцией В.М.Покровского, Г.Ф.Коротько, 2003г., Москва, 656 с.

### **MEDICAL REHABILITATION EDUCATIONAL FEATURES**

Tomachinskaya L.P., Kabanova N.V., Povagnaya E.S., Zubenko I.V.

M. Gorky Donetsk Medical National University

**Summary.** Possibility of physiotherapy education from the side of functional systems is examined in this job. Thus, the plan can be made as to the patient treatment, taking into account patient's motivation, memory, situational and starting afferentation. Practicing this method, patient is observed as personality, but not as the subject of treatment.

The method offered can be also used on other medical type departments.

**Key words:** physical factors, mechanism of action, functional systems, integration, control device, subject of control, measurement device.

УДК: 61:378.095:378.147.31

### **РОЛЬ ЛЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ**

Тутов С.Н., Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Подоляка В.Л., Былым Г.В.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье представлено видение авторов к одной из ведущих форм обучения в медицинском вузе – к лекции, так как она всегда считалась наиболее действенной формой эмоционального воздействия, способствующего формированию профессионального самосознания и профессиональной позиции будущего врача, появлению осмысленного отношения к профессиональной подготовке. В работе обсужден ряд лекционных форм, таких как проблемная лекция, лекция вдвоем, лекция-визуализация, лекция с заранее запланированными ошибками и лекция-конференция, или консилиум.

**Ключевые слова:** лекция в медицинском вузе, лекционные формы.

Лекция в медицинском вузе остается одной из ведущих форм обучения в век новейших информационных технологий. Секрет ее «долголетия» заключается в том, что заменить живое общение лектора со студентами не удастся даже ставшему столь популярным среди молодежи Интернету. Это связано с тем, что лектор использует живой язык, а не академический язык диссертаций, теоретизированный и не затрагивающий внутренний мир студентов [1,3,4].

Особое место в медицинском вузе занимает клиническая лекция, которая всегда использовалась лекторами-клиницистами как особая форма развития клинического мышления, соучастия студентов в постановке диагноза, установления атмосферы доверия, партнерских отношений, соблюдения" принципов этики и деонтологии [2,3].

В настоящее время в медицинском вузе складывается ряд ситуаций, когда

нельзя отказаться от лекций, например: при появлении новых направлений в науке, которые не успели войти в учебники; когда требуется известная коррекция уже описанного в учебниках материала; при наличии разноречивых подходов, в которых студентам трудно разобраться самостоятельно.

Лекция всегда считалась наиболее действенной формой эмоционального воздействия, способствующего формированию профессионального самосознания и профессиональной позиции будущего врача, появлению осмысленного отношения к профессиональной подготовке.

Подчеркнем следующие преимущества лекции: творческое непосредственное общение лектора с аудиторией, сотворчество, эмоциональное взаимодействие, экономный способ приобщения студенческой аудитории к новым достижениям науки, способ мощнейшей мотивации к последующей самостоятельной работе [3].

Приоритет гуманитарных ценностей развития личности, внимание к тем психолого-педагогическим условиям, которые необходимы для саморазвития, самоактуализации личности, подталкивают преподавательский состав медицинских вузов к поиску новых лекционных форм.

К ним можно отнести проблемную лекцию, лекцию вдвоем, лекцию-визуализацию, лекцию с заранее запланированными ошибками и лекцию-конференцию, или консилиум [1,3].

Проблемная лекция. Это лекция, связанная в целом с проблемным обучением и умением преподавателя создать проблемную ситуацию, является весьма древней формой обучения. Для проблемной лекции характерно создание проблемной ситуации, актуализация ее, представление нового материала в виде проблемной задачи, поиск средств для ее решения. Процесс познания студентов в ходе такой лекции приближается к поисковой, исследовательской деятельности. Лектором создаются условия для перехода в дальнейшем от учебно-познавательной к учебно-профессиональной деятельности на практическом занятии. По мере привлеченности студентов к решению той или иной задачи повышается уровень проблемности лекции: студенты могут увидеть и объяснить, в чем же состоит противоречие, принять активное участие в поиске способа решения. А это уже есть устойчивая обратная связь, отсутствие которой является основным недостатком информационной лекции. Поэтому можно говорить о проблемной лекции как о соответствующей требованиям диалогового (интерактивного) обучения.

Лекция-визуализация наиболее распространена в медицинском вузе на доклиническом этапе обучения, где очень эффективно реализуется принцип наглядности на кафедрах биологии, патоморфологии, гистологии, физиологии и ряде других.

Визуализированная лекция представляет собой систематизированную, методически обработанную устную информацию, преобразованную в визуальную форму, которая служит опорой для формирования умственных действий и понятий, понимания студентами этапности их отработки.

Чтение такой лекции сводится к комментированию подготовленных

визуальных (или аудиовизуальных) фрагментов.

Лекция вдвоем возникла и утвердилась в медицинском вузе как попытка интеграции большого научного материала различных кафедр при рассмотрении наиболее важных проблем. Лекция вдвоем моделирует реальную ситуацию обсуждения теоретических и практических вопросов двумя специалистами в форме диалога.

Лучше всего удастся лекция вдвоем в том случае, если у лекторов есть интеллектуальная и личностная совместимость, они владеют развитыми коммуникативными умениями, способны к быстрой реакции в ходе обсуждения и импровизации.

Лекция с заранее запланированными ошибками одновременно выполняет мотивационную, диагностическую и контрольную функции в обучении. В медицинском вузе для подобной лекции материалом могут служить врачебные ошибки (диагностические, поведенческие, этические и т.д.).

Преподаватель при подготовке к лекции в содержание закладывает определенное количество ошибок, а их перечень после лекции предлагает студентам для совместного обсуждения. Лекция-консилиум, или конференция. Такая форма лекции возможна в случае необходимости привлечения различных специалистов для раскрытия темы.

В таком случае лектор, назвав тему, просит студентов в письменной форме задать вопросы, в течение 3-5 минут сортирует вопросы по содержанию и начинает лекцию. Лекция не протекает в виде прямых ответов на вопросы, она имеет форму сообщения, заключения консилиума, в ходе которого студенты получают ответы на поставленные в начале занятия вопросы.

### **Литература**

1. Дианкина М.С. Профессионализм преподавателя высшей медицинской школы. - М., 2010.
2. Кудрявая Н.В., Уколова Е.М., Лудилина З.В. Структура деятельности преподавателя-врача / Под ред. Г.М. Барера. - М., 2012.
3. Смирнов С.Д. Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности. - М., 2005.
4. Талызина Н.Ф. Управление процессом усвоения знаний. — М., 2014.

### **A ROLE OF LECTURE IS IN MEDICAL INSTITUTIONS OF HIGHER LEARNING**

Tutov S., Drupp Y., Podoljaka D., Podoljaka V., Bilim G.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** In the article vision of authors is presented to one of leading forms of educating in medical institution of higher learning - to the lecture, because she always was considered the most effective form of emotional influence, assisting forming of professional consciousness and professional position of future doctor, appearance of intelligent attitude toward professional preparation. The row of lecture forms is in-process discussed, such as a problem lecture, lecture together, lecture-visualization, lecture with the beforehand pre-arranged errors and lecture-conference, or concilium.

**Keywords:** lecture in medical institution of higher learning, lecture forms.



МУЛЬТИМЕДИЙНАЯ ПРЕЗЕНТАЦИЯ КАК ИТОГ  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Шаталов А.Д., Кузьменко А.Е.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В статье подчеркнута роль научно-исследовательской работы студентов, которая всегда актуальна и востребована. Важное значение имеет обучение навыкам создания мультимедийных презентаций, отражающих результаты научного поиска. Интересный доклад, подготовленный на основе инновационных технологий, углубляет теоретические знания и приобретённые умения, даёт толчок к продолжению творческой деятельности.

**Ключевые слова:** высшая школа, научная работа студентов, мультимедийная презентация.

Коренное реформирование системы подготовки специалиста, оканчивающего медицинский вуз, остаётся одной из главных задач в современных условиях. В последние годы произошёл значительный отток кадров из сферы бюджетного здравоохранения наряду с падением качества подготовки выпускников. Сейчас в высшей степени актуальной является задача подготовки высококвалифицированных кадров. Профессиональная подготовка врача должна включать его участие и в творческой научной деятельности. Не будет конкурентноспособным тот врач, который не заинтересован в постоянном пополнении своих знаний [1, 3, 2].

С помощью научных исследований преподаватель помогает нацелить студентов на непрерывное образование, на стремление учиться в течение всей жизни, соответственно интересам будущей профессиональной карьеры. На современном этапе актуальным является подготовка и использование мультимедийных презентаций на основе инновационных технологий в представлении студенческих научных работ.

**Цель работы** – обучение студентов навыкам создания мультимедийных презентаций, отражающих итоги научно-исследовательской работы (НИР).

**Материал и методы.** Студенческий научный кружок (СНК) на кафедре хирургии им. К.Т.Овнатаняна существует в течение нескольких десятилетий. Некоторые сотрудники кафедры являются выходцами из студенческого кружка. Сам СНК уже рассматривается как стартовая точка для дальнейшего обучения в магистратуре, аспирантуре, клинической ординатуре. В течение многих лет мы являлись активными слушателями научных конференций студентов и молодых специалистов, нередко были научными руководителями работ.

**Результаты.** На кафедрах Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького ежегодно проводятся конференции или Конгрессы студентов и молодых специалистов, тематика которых достаточно обширна. Участие в конференциях, безусловно, способствует повышению творческой активности студентов в течение всего учебного года. Всё это обогащает научное и профессиональное мировоззрение. Доклады приучают будущих врачей к публичным выступлениям, умению чётко изложить суть

проблемы, умело отвечать на вопросы, оттачивать ораторские способности. Не всегда начальные научные проекты, выполненные студентами самостоятельно, имеют продолжение. Но их роль в развитии специалиста огромна [3, 2].

Не секрет, что результаты НИР требуют оформления на хорошем уровне. Мультипрезентация предполагает высокое качество глубокого содержания. Чёткий алгоритм доклада содержит определение активности проблемы, формулирование цели и задач исследования, изложение материала и методов, результатов. Заключение состоит из кратких, чётко сформулированных выводов. Фотографии, таблицы, диаграммы, видеосъёмки, оригинальность оформления, нестандартные художественные решения значительно повышают качество доклада. Нежелательно его перегружать слайдами (не более 15 - 20). Важно, чтобы цвет фона и цветовое решение титров или текста хорошо контрастировали, а размер шрифта был не менее 18 – 24.

Предложенное выступление не является догмой, может неоднократно совершенствоваться и изменяться, чтобы вызвать неподдельный интерес у сидящих в аудитории слушателей. Последующий диалог может превратиться в настоящую научную дискуссию.

**Выводы.** Таким образом, привлечение студентов к научно-исследовательской работе, создание мультимедийных презентаций способствуют активизации учебно-познавательной деятельности, формированию всесторонне развитой одарённой личности, учёного, повышают стремление к продолжению творческой деятельности и качество подготовки конкурентноспособных специалистов.

### **Литература**

1. Бардухович В.Я. Студенческое научное общество в системе профессиональной подготовки специалиста / В.Я.Бардухович, А.Д.Кокоркин // Запорожский мед. журнал. – 2007. - № 4 (43). – С. 181 – 182.

2. Опыт работы студенческого научного кружка на кафедре хирургии им. К.Т.Овнатаняна / Я.Г.Колкин, В.В.Хацко, А.М.Дудин [и др.] // Сборник науч. трудов «Актуальные вопросы реабилитологии и педагогики». – Донецк, 2015. – С. 163 – 167.

3. Хоружая Р.Е. Обучение стоматологов - старшекурсников созданию мультимедийных презентаций для представления студенческих научных работ / Р.Е. Хоружая, Д.К. Калиновский, Л.Л. Татаренко, С.И. Максютенко // Вестник неотл. и восст. Медицины. – 2013. – Т. 14, № 1. – С. 118 – 120.

### MULTIMEDIA PRESENTATION AS RESULT RESEARCH WORK OF STUDENTS

Kolkin Ja.G., Khatsko V.V., Dudin A.M., Shatalov A.D., Kuzmenko A.E.  
M.Gorkiy Donetsk national medical university

**Summary.** The role of research work of students, that is always actual and highly sought, is underline in the article. An important value has educating to skills of creation of multimedia presentations, reflecting the results of scientific search. The interesting lecture prepared on the basis of innovative technologies deepens on theoretical knowledge and acquired abilities, gives a push to continuation of creative activity.

**Key words:** higher school, research work of students, multimedia presentation.

## ПРЕПОДАВАТЕЛЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЫ И ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Межаков С.В., Шаталов С.А., Нестеров Н.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** У преподавателя клинической кафедры – тройная нагрузка: учебная, научная и лечебная, но она оплачивается не в полном объёме. В большинстве случаев только из опытного практикующего врача может стать хороший преподаватель. Систематическое активное участие сотрудников кафедры в операциях, осмотрах, консультациях и консилиумах, синхронная работа преподавателей и врачей будут способствовать лучшему медицинскому обслуживанию населения. Без университетских клиник кафедры останутся «гостями» в областных и городских больницах.

**Ключевые слова:** преподаватель, кафедра, лечебная работа.

В настоящее время к преподавателям клинических дисциплин предъявляются значительные требования. Он должен читать лекции, проводить практические занятия, обладать ораторским искусством, знанием английского языка, владеть компьютерной техникой и навыками работы в интернете, уметь создавать мультимедийные презентации и учебные фильмы, выступать на конференциях, писать научные статьи и монографии, методические указания и руководство, тесты, изобретать и рационализировать методы диагностики и лечения, быть ответственным на кафедре или в деканате за определённый раздел работы. При этом такой педагог должен быть квалифицированным врачом, владеть современными методами диагностики и лечения больных, осуществлять консультативную работу, оперировать, принимать участие в обходах, консилиумах, совершенствовать способы лечения. То есть объём учебной, научной и лечебной работы – достаточно большой [3].

При этом преподавателю оплачиваются только аудиторная работа. А остальную педагогическую работу (разработка методических рекомендаций, создание мультимедийных лекций и др.) он выполняет во время отдыха, то есть во внеурочное время. Педагогическая нагрузка составляет до 900 часов в год (фактически это ставка с четвертью), но реально оплачивается меньше. Никогда не оплачивается и время для подготовки к занятиям, в отличие от университетов, например в Норвегии [4]. В ставку сотрудника клинической кафедры входит и лечебная работа, отчётность по которой в последние 2 года значительно усложнилась. Но преподаватель не имеет права переводить проконсультированного больного из другого отделения без согласия заведующего отделением. Количество выполненных заведующим отделением операций, не идёт ни в какое сравнение с оперативной работой сотрудников кафедры [1].

В настоящее время место преподавателя в отделении клиники не завидное. Сотрудники отделения и преподаватели, курирующие больных, подчиняются заведующему отделением, который фактически отвечает за лечебную работу, а не профессор или доцент. В лучшем случае заведующий кафедрой имеет те же права, что и заведующий отделением, и подчиняется приказам главного врача. Ни заведующий кафедрой, ни профессор сейчас не

принимают на работу и не увольняют врачей [1].

Заведующий кафедрой вместе с заведующим отделением должны назначать операторов и определять последовательность операций, учитывая квалификацию хирургов. Реально заведующий отделением сортирует больных на стадии поступления в стационар и распределяет операции, а заведующий кафедрой подписывает операционный план [1].

В нашей клинике при профессоре К.Т.Овнатяне преподаватели вели больных, оперировали и параллельно передавали опыт младшему поколению. Опытные профессора и доценты выполняли основной объем сложных операций. Практически все ассистенты набирались из самых опытных врачей.

В последние 15 – 20 лет наметилось некоторое противостояние между кафедральными и больничными сотрудниками. Администрация некоторых больниц пытается отобрать площади у кафедр, заставляет платить за аренду помещений. Забывается то, что наставниками многих практических врачей и научными руководителями диссертаций были кафедральные сотрудники. Идеальный выход для нормализации отношений – это создание университетских клиник, где синхронная работа преподавателей и врачей будет способствовать лучшему медицинскому обслуживанию.

По нашему мнению, у преподавателей, имеющих тройную нагрузку (учебную, научную и лечебную) должно быть больше прав. Целесообразно снизить учебную нагрузку, чтобы преподаватель больше времени занимался лечебной и научной работой. Качество преподавания и лечебного процесса может повысить только активное участие преподавателей в операциях, осмотрах, консультациях и консилиумах. Без создания университетских клиник немыслимо дальнейшее высшее медицинское образование.

### **Литература**

1. Гончар М. Місце викладача в практичній медицині / М.Гончар // *Новости медицины и фармации в мире*. – 2011. - № 13 – 14. – С.
2. Казаков В.Н. Новое – это хорошо забытое старое? (к истории университетских клиник) / В.Н.Казаков, О.В.Синяченко // *Вестник неотл. и восст. Медицины*. – 2005. – Т. 6, № 3. – С. 399 – 402.
3. Роль и место преподавателя в лечебном процессе / С.А.Сохин, Ю.А.Виненцов, Е.А.Стафинова [и др.] // *Міжнар. вісник медицини*. – 2011. – Т. 4, № 1 – 2. – С. 111 – 112.
4. Хоружа Р.Ю. Роль викладача в реалізації педагогічного процесу у вищій школі / Р.Ю.Хоружа, Д.К.Каліновський, С.С.Крапівін, Т.І.Ісакова // *Міжнар. вісник медицини*. – 2011. – Т. 4, № 1 – 2. – С. 116 – 118.

### **THE TEACHER OF CLINICAL DEPARTMENT AND MEDICAL PROCESS**

Kolkin Ya.G., Khatsko V.V., Mezhaikov S.V., Shatalov S.A., Nesterov N.A.  
M.Gorkiy Donetsk national medical university

**Summary.** The teacher of clinical department has the triple loading: educational, scientific and curative ones, but it is paid not in full. In most cases a good teacher can become only from an experience practicing doctor. Systematic active taking part in operations, examinations, consultations and conciliums, synchronous work of teachers and doctors will assist better medical

service of population. Without the university clinics departments will remain just "guests" in regional and municipal hospitals.

**Key words:** teacher, department, medical work.

УДК 378.124.2/.7:614.25:616-053.2

## РОЛЬ ЛИЧНОСТИ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ПЕДИАТРА

Челпан Л.Л., Прохоров Е.В., Островский И.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В работе раскрыты свойства личности преподавателя, его роль в процессе обучения врачей-педиатров.

**Ключевые слова:** врач-педиатр, личность, преподаватель.

На современном этапе развития общества образование рассматривается как ведущий фактор социального и экономического прогресса, так как основным капиталом современного общества является человек, способный к поиску и освоению новых знаний и принятию нестандартных решений. Обучение такого человека — основа новой образовательной парадигмы, в которой личность и ее качества рассматриваются как самоценность. Эффективная деятельность преподавателя связана с его глубокими и разнообразными профессиональными знаниями, владением методикой преподавания, учётом психологических основ своего труда.

В решении этих задач особое значение придаётся личности педагога. Главные требования к личности преподавателя направлены на его высокую квалификацию. Преподаватель ВУЗа также должен отвечать требованиям, которые делают его личностью, способной на высоком уровне организовывать формирование будущего специалиста.

Главными требованиями к личности педагога являются: умение правильно оценить тенденции политического, социального и экономического развития общества; владение стандартом формирования будущего специалиста, необходимого обществу на данном конкретном этапе развития; любовь к педагогической деятельности; наличие специальных знаний в своей области; широкая эрудиция; педагогическая интуиция; высокоразвитый интеллект; высокий уровень общей культуры и нравственности; профессиональное владение педагогическими технологиями.

Перечисленные свойства личности педагога не являются врожденными, они приобретаются систематическим и упорным трудом, огромной работой педагога над собой. Одним из важнейших структурных качеств личности преподавателя должна быть всесторонняя педагогическая вооруженность, которая предполагает, по мнению ряда авторов: совершенное знание преподавателем общих положений педагогической и психологической наук; ясное представление сущности и закономерностей учебного и воспитательного процесса, взаимосвязей обучения, воспитания и развития личности на каждом возрастном этапе; свободное владение методами изучения личности студента, умение проектировать развитие каждого учащегося как индивидуальности;

основательную методическую вооруженность; глубокую убежденность в необходимости и большой значимости психолого-педагогических знаний, профессиональных умений и навыков; личную воспитанность, тактичность, высокую требовательность к себе.

Профессия врача-педиатра относится к разряду областей научно-практического знания, характеризующихся необходимостью быстро входить в эмоциональный и информационный контакт с пациентами всех возрастных групп и их родителями, умением быстро и адекватно оценивать клиническую ситуацию, оказывать первую медицинскую помощь при различных заболеваниях детского возраста. Быстрая обновляемость профессиональной информации, постоянное появление новых подходов к диагностике и лечению делают невозможным формирование профессионализма без формирования стремлений и навыков непрерывного образования. Это актуализировало поиск оптимальных форм организации профессиональной подготовки студентов педиатров в соответствии с новыми социально-экономическими условиями, когда на стыке клинических дисциплин, биоэтики, философии, психологии, уже на первых курсах университета студент осознает, что он приходит в медицину не зарабатывать деньги, а помогать людям.

Говоря о формировании базовых профессиональных компетенций, нельзя забывать о моральной составляющей медицинской деятельности, особенно в отношении педиатрии. К особенностям медицинского профессионализма относится то, что его совершенствование стимулируется моральными мотивами (милосердием, альтруизмом, заботой о человеке — взрослом и ребенке, стремлением спасти и сохранить жизнь). Деятельность настоящего профессионала — медика обязательно включает в себя компоненты профессиональных компетенций и добродетели. Поэтому деятельность врача-педагога должна иметь духовно-нравственную ориентацию. Самое главное в воспитании студентов-медиков — привить им такие ценностные ориентации и личностные смыслы, благодаря которым в своей жизни и практике они руководствовались бы принципами совести и сострадания.

В данном контексте уместно вспомнить слова Лихачёв Д.С., который писал, что «учитель воспитывает личностью своей, своими знаниями и любовью, своим отношением к миру». Об огромном влиянии преподавателя на учеников и студентов рассуждал ещё великий Ломоносов. Он разработал требования к личности педагога и считал, что педагог прежде всего должен любить Родину, быть образцом нравственности для учащихся: «...учитель должен не только словами учения, но и поступками добрый пример показывать...».

К сожалению, в изменившихся социальных условиях жизни профессия врача-педиатра не относится к «престижным», в связи с низкой оплачиваемостью, утраченным в обществе уважением к данной профессии. Тем сложнее педагогу заечь, увлечь и сохранить в профессии одаренных, пытливых и ответственных молодых врачей. Остается надеяться, что не только в стенах учебных заведений и детских клиник, но и с экранов телевизоров

будет культивироваться добро, призывы к миру, добропорядочности и профессионализму.

### **Литература**

1. Кудрявая Н.В., Уколова Е.М., Молчанов А.С., Смирнова Н.Б., Зорин К.В. «Врач-педагог в изменяющемся мире: традиции и новации» М.ГОУ ВУНМЦ 2005.

#### ROLE OF PERSONALITY TEACHER TRAINING THE PEDIATRICIAN

Chelpan L.L., Prokhorov E.V., Ostrovskiy I.M.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** In the disclosed properties of the teacher 's personality, his role in the process of training of paediatricians.

**Key words:** pediatrician, personality, teacher.

УДК 378.147.227-057.875:616-053.2

#### ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ПРОБЛЕМНЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ В ПРЕПОДАВАНИИ ПЕДИАТРИИ СТУДЕНТАМ ВЫПУСКНОГО КУРСА

Челпан Л.Л., Прохоров Е.В., Островский И.М.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В работе представлена роль ситуационных задач как активного, творческого метода в обучении педиатрии студентов выпускного курса, объединяющего в себе как теоретический, так и практический аспект преподавания.

**Ключевые слова:** педиатрия, ситуационные задачи, метод.

В последние годы все шире в педагогическом процессе используются инновационные педагогические технологии, в частности, ролевые и имитационные игры, моделирование и анализ сложных, диагностически неясных случаев заболеваний, применение методики «мозгового штурма» и др.

Традиционным методом обучения студентов выпускного курса на клинических дисциплинах является разбор тематического больного. В процессе разбора один из студентов по заданию преподавателя докладывает данные жалоб и анамнеза заболевания, сведения об отклонениях в объективном статусе пациента, результаты выполненного обследования. Конечной целью разбора является постановка студентами вначале синдромного, а после проведения дифференциальной диагностики предварительного клинического диагноза, определение тактики ведения больного. Несмотря на то, что выпускная педиатрическая кафедра расположена на базе многопрофильной детской больницы, не всегда при разборе темы занятия в клинике находится профильный больной. Это касается относительно редко встречающихся заболеваний, а также заболеваний с сезонным характером обострений. В подобных случаях клинический разбор можно проводить по материалам архивных историй болезни. Вариантом виртуального клинического разбора, в условиях отсутствия тематического больного в клинике, можно считать и решение ситуационных задач. Цель использования метода заключается в творческом усвоении студентами заданного предметного материала. Сущность метода ситуационных проблемных задач заключается в том, что он переставил

образовательные акценты с выслушивания студентами предметного материала на их учебную деятельность и развитие мышления. При решении проблемных задач результатом усвоения считается не воспроизведение образов, заданных преподавателем, а их самостоятельное добывание. Студенты становятся активными участниками процесса поиска решений, начинают понимать источники его возникновения, а не просто заучивают этапы получения результата. Проблемная ситуация порождает процесс творческого мышления, где наличных знаний не достаточно и надо их либо переосмысливать, либо включать в другую систему знаний, которая требует их нахождения, а затем применения в нестандартных условиях. При использовании этого метода существенно меняется роль преподавателя в учебном процессе. Он осмысленно идёт на творческое сотрудничество со студентами при решении задач — это предполагает совместное обсуждение различных подходов к решению, борьбу мнений, столкновение точек зрения. Преподаватель вслух анализирует собственную мыслительную деятельность; рассказывает студентам, как он осуществлял поиск решения, строил ход рассуждений; как находил выходы из трудных ситуаций. Это имеет большое значение. Студенты постепенно приобщаются к методу поиска и нахождения неизвестного, учатся ориентироваться не столько на результат, сколько на анализ процесса его достижения. В ходе такой работы у студентов возникает потребность аргументировано, обоснованно изложить свое мнение. Применение проблемных ситуационных задач значительно повышает мотивацию к обучению. Решая ситуационные проблемные задачи, студент должен самостоятельно найти оптимальный вариант решения существующих и потенциальных проблем ребёнка, его семьи, которые могут возникнуть в реальной действительности.

Задания (условие задачи и вопросы, на которые должен ответить студент) раздаются всем студентам. После этого одному из них предлагают зачитать текст. Затем дают 3–5 минут для обдумывания и самостоятельного решения. По истечении отпущенного времени один из студентов решает задачу вслух. Преподаватель должен дать студентам возможность обсудить правильность ответа. И только после этого делает своё окончательное заключение, вносит поправки, если это необходимо. Иногда, при решении ситуационных задач, возможно применение методики «мозгового штурма», особенно если никто в группе не может решить задачу самостоятельно. Сущность этой методики заключается в том, что все студенты обсуждают проблему, описанную в задаче, выдвигают разные версии, решения принимают коллегиально. При составлении задач по дисциплине «Педиатрия» создаётся сложная проблемная ситуация, требующая выявления патологических синдромов, постановки диагноза, умения назначить адекватную терапию. Данная педагогическая технология повышает у студентов мотивацию к обучению, прививает интерес к изучаемой дисциплине; развивает мыслительную деятельность студентов; учит студентов общению друг с другом, с детьми и их родителями.



Здесь будет уместно процитировать Песталоцци И.Г., который сказал, что « мои ученики будут узнавать новое не от меня; они будут открывать это новое сами. Моя главная задача – помочь им раскрыться, развить собственные идеи».

С помощью метода решения проблемных ситуационных задач осуществляется единство теоретического и практического подходов к обучению. Ситуационные задачи являются хорошим методическим подспорьем в случаях отсутствия в клинике тематического больного.

### Литература

1. Стрельцова С. И. Применение метода проблемных ситуационных задач в преподавании дисциплины «Сестринский уход в педиатрии» у студентов Тверского медицинского колледжа на основе компетентностного подхода к обучению [Текст] // Актуальные задачи педагогики: материалы V междунар. науч. конф. (г. Чита, апрель 2014 г.). — Чита: Издательство Молодой ученый, 2014. — С. 198-202.

2. Суханова Е.А. Инновационные образовательные технологии: теория и практика [текст] / Е.А. Суханова и др. Томск: UFO-Plus, 2008. 154 с.

#### APPLICATION OF THE PROBLEM OF SITUATIONAL PROBLEMS IN THE TEACHING OF PEDIATRICS FINAL YEAR STUDENTS

Chelpan LL EV Prokhorov , IM Ostrovsky  
M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The paper presents the role of situational problems as an active, creative method in teaching pediatrics graduate students, combining both theoretical and practical aspect of teaching.

**Key words:** pediatrics, case studies, method.

УДК 378.147.31-057-875

#### МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ НА ЛЕКЦИИ

Чурилов А.В., Джеломанова С.А., Клецова М.И., Данькина И.А., Лыкова Л.А.  
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

**Резюме.** В данной статье рассматриваются вопросы, связанные с поиском способов активизации познавательной деятельности студентов на лекции. Указываются некоторые варианты привлечения и поддержания внимания учащихся на протяжении всей лекции.

**Ключевые слова:** студент, познавательная активность, лекция

Одним из путей повышения уровня подготовки будущих специалистов является целенаправленное формирование их познавательной активности. Познавательная активность выступает при этом как качество личности будущего специалиста и является важным условием его самореализации. В системе активизации обучения лекционный метод занимает ведущее место[1, с.3].

Лекции в студенческой жизни составляют лишь момент, но этого достаточно для того чтобы оставить в их памяти глубокие следы. Поэтому значение личности педагога в педагогическом процессе накладывает на него большую ответственность и требует большой постоянной работы над собой. Педагог обязательно должен много работать для совершенствования себя как

преподавателя. Чтобы достичь совершенства, ему нужно постоянно не только изучать свой предмет, его историю, философию, но и усовершенствовать технику своего преподавания.

Лекция - это логически изложенный, системно последовательный комплекс устных методов обучения (информационное сообщение, объяснение, рассказ, беседа), направленный на реализацию студентами репродуктивной или продуктивной творческой активности.

В активизации познавательной деятельности студентов большую роль играет умение преподавателя побуждать их к осмыслению логики и последовательности в изложении учебного материала, вникать в сущность новой темы, мысленно разделять материал на важнейшие логические части, выделять главное. [3, с.79].

Хороший эффект в активизации познавательной деятельности при устном изложении дает прием, связанный с побуждением учащихся делать сравнения, сопоставлять новые факты, приемы и положения с тем, что ранее изучено. [2].

Особое значение для активизации познавательной деятельности студентов имеет проблемное изложение, когда лектор не делает готовых, однозначных выводов, а рассуждает, высказывает научные предположения и тем самым подводит их к самостоятельной формулировке выводов, применяя различные доказательства правильности научно-теоретических положений, иллюстрируя их прикладными, цифровыми, наглядными пособиями. [3, с.74].

Лекция будет иметь значительную учебную ценность, если материал аргументируется результатами современных научных исследований. Важным фактором заинтересованности студентов является сочетание лектором научных результатов и собственного опыта.

Умение говорить, держать в напряжении аудиторию - это большое искусство, которым овладевают годами. Естественно, что чем сложнее содержание лекций, тем проще и яснее должна идти речь. Однако, нельзя в аудитории говорить заученными, готовыми фразами. Речь должна быть живой, естественной, формулировки точными и короткими.

Очень важен темп лекции, который вырабатывается под воздействием слушателей. Необходимо обращать внимание на то, успевают студенты конспектировать, как они воспринимают учебный материал, достаточно ли он руководит их вниманием и т.д.

Эффективность обучения зависит от уровня умственного развития студента, его познавательных способностей, отношение к труду, особенностей умственной деятельности.

Важным условием формирования активности студентов является организация внимания. Организовать внимание студентов - значит направить их сознательные действия на содержание учебного материала, побудить их к размышлению, осмыслению. Активизации учебно-познавательной деятельности студентов в диалоговых формах лекционных занятий можно добиться, используя метод "мозгового штурма". На лекции устойчивость внимания обеспечивается тем, что лектор не просто сообщает научные факты, а

раздумывая, привлекает к размышлению всю аудиторию. Обращение к студентам с вопросами: "Как Вы думаете?", "С чем это связано?", "Почему?", "Что из этого следует?" задерживает внимание на определенном учебном материале и приучает их к логике мышления, учит анализировать, обосновывать, обобщать, систематизировать.

Если преподаватель переходит от объяснения одного учебного вопроса к другому, он должен переключить внимание студентов. Преподаватель должен всегда быть самим собой, читать лекции по присущей только ему манере и приемами. Только кропотливый поиск содержания и формы лекции выведет на перспективы достижения гармонии мысли и слова.

Таким образом, завоевав внимание студентов на лекции и заинтересовав их предлагаемым материалом, педагог сможет активизировать их познавательную деятельность.

### **Литература**

1. Дерябина Н.В. Педагогические условия формирования познавательной активности студентов в воспитательно-образовательном процессе технического вуза: Автореф. дис. канд. пед. наук. - Кемерово, 2005.- 24 с.

2. Национальный Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс] /Активизация познавательной деятельности студентов - Минск, 2011. - Режим доступа: <http://www.radioforall.ru/2010-01-26-11-41-23/816-2010-01-27-07-54-18> - Дата доступа: 11.12.2011.

3. Хуторской, А.В. Практикум по дидактике и современным методикам обучения/ А.В. Хуторской. - СПб.: Питер, - 2004 - 463 с.

#### METHODICAL ASPECTS OF FORMATION INFORMATIVE ACTIVITY OF STUDENTS AT LECTURES

Churilov A.V., Dzhelomanova S.A., Kletsova M.I., Dankina I.A., Lykova L.A.  
M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** This article discusses issues related to the search for ways to enhance the cognitive activity of students in a lecture. Specifies some options to attract and maintain students' attention throughout the lecture.

**Key words:** student, cognitive activity, lecture

УДК 378.14:616.31

#### НЕПРЕРЫВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ – ПУТЬ К ПОВЫШЕНИЮ КАЧЕСТВА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Чижевский И.В., \*Трофимец Е.К., Ермакова И.Д., Забышный А.А.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра стоматологии детского возраста  
\* Кафедра стоматологии ФИПО

**Резюме.** Важной составляющей в повышении качества работы врача-стоматолога является непрерывное образование с использованием современных источников информации: курсы общего и тематического усовершенствования, мастер-классы, семинары, специальная литература, источники в сети Интернет.

**Ключевые слова:** непрерывное образование, стоматология.

На современном этапе приоритетным направлением политики в сфере образования должно быть повышение качества профессионального образования. Это обусловлено динамикой развития общества, требующей непрерывного образования человека на протяжении всей жизни.

Становление и развитие идей непрерывного образования относится к началу 70-х годов 20-го столетия. Впервые концепция непрерывного образования была представлена на форуме ЮНЕСКО в 1965 году крупнейшим теоретиком педагогики П. Ленграндом и вызвала огромный интерес. Основой для создания теории непрерывного образования явилась глобальная концепция "единства мира", согласно которой все структурные части человеческой цивилизации взаимосвязаны и взаимообусловлены. Согласно данной теории человек является главной ценностью и точкой преломления всех процессов, происходящих в мире. В трактовке автора теории непрерывного образования воплощена и доминирует гуманистическая идея, которая ставит в центр образовательных начал человека. При этом по-новому рассматриваются этапы жизни человека, предлагается устранить традиционное деление жизни на период учебы, труда и профессиональной дезактуализации. Понимаемое таким образом непрерывное образование означает продолжающийся всю жизнь процесс, в котором важную роль играет интеграция как индивидуальных, так и социальных аспектов человеческой личности и ее деятельности. В заключительном докладе III Международной конференции ЮНЕСКО в Токио (1972г.) непрерывное образование было принято в качестве "руководящей концепции" для будущих образовательных нововведений или реформ образования во всех странах мира. С тех пор идеи непрерывного образования переросли в определенную концепцию, в рамках которой выделяется непрерывное профессиональное образование [1].

В Меморандуме непрерывного образования Европейского Союза (2000г.) указаны три вида образовательной деятельности: формальное образование, завершающееся выдачей общепризнанного диплома или аттестата; неформальное образование, происходящее в образовательных учреждениях или общественных организациях, обычно не сопровождающееся выдачей документа; информальное образование, или индивидуальная познавательная деятельность, сопровождающая нашу повседневную жизнь и не обязательно носящая целенаправленный характер. Термин "образование длиною в жизнь" выделяет временной фактор непрерывного образования. Образовательная система при этом видится как единая и целостная структура, объединяющая и интегрирующая все уровни и формы. Появившийся относительно недавно термин "образование шириною в жизнь" акцентирует не только постоянство процесса обучения, но и разнообразие его форм – формальное, неформальное и информальное [2]. Принцип непрерывности образования относится к числу важнейших методологических принципов познания. Непрерывность образования обеспечивает целостность, системность и последовательность восприятия бытия, а также формирование устойчивых знаний, умений и практических навыков в процессе подготовки специалиста, в том числе врача.

Акцент в системе непрерывного образования делается на самообразование, самовоспитание, самооценку и самоуправление. Особую важность данные признаки приобретают в условиях современного, динамически развивающегося общества [3]. Приоритет самостоятельной работы с использованием современных средств и методов обучения (компьютеры с обязательным выходом в Интернет, обучающее и контролирующее программное обеспечение, программное и методическое обеспечение для дистанционного образования) обеспечивает индивидуализацию обучения.

Кроме того, важным условием непрерывного образования является готовность обучающегося к постоянному и повсеместному получению и усвоению информации. Следовательно, сам обучающийся также должен быть готов к работе над собой. Для повышения эффективности процесса непрерывного образования, прежде всего, должна быть сформирована правовая основа, определяющая ответственность государства, предпринимателей и других работодателей за поддержание надлежащего профессионального и квалификационного уровня работников [4].

Для врачей-стоматологов непрерывное образование начинается с медицинского высшего учебного заведения, по окончании которого обучение продолжается на последипломном уровне: в интернатуре и ординатуре. Система непрерывного последипломного профессионального стоматологического образования предусматривает традиционные, обязательные предаттестационные циклы усовершенствования. Помимо этого, большой интерес у врачей-курсантов вызывают циклы ТУ (тематического усовершенствования), позволяющие специалистам приобрести дополнительные навыки и умения по определенным разделам стоматологии и повысить свою конкурентоспособность. Во всех стоматологических учреждениях традиционно составляются графики и систематически проводятся занятия с врачами, позволяющие углубить и расширить профессиональные знания и умения по актуальным вопросам современной стоматологии, материаловедению, вопросам оказания неотложной помощи. При этом для проведения занятий привлекаются опытные врачи и сотрудники медицинских вузов. В качестве источника информации на одно из первых мест выходят международные и внутригосударственные стоматологические выставки, в рамках которых, как правило, проводятся мастер-классы, презентации и семинары, конференции. Эти мероприятия существенно влияют на повышение уровня знаний врачей в области современных технологий. Тем более что осуществляются они на фоне демонстрации выставочных экспонатов, которые отражают современный уровень производства материалов, инструментария и оборудования благодаря такому комплексному влиянию выставки занимают достаточное место в системе самообразования врачей-стоматологов. Безусловно, наиболее удобной формой получения новой информации является специальная литература. Однако специальная стоматологическая литература обычно является малотиражной; часто содержит большое количество иллюстраций, что,

повышает её информативность, но в то же время существенно увеличивает стоимость и снижает доступность для потребителей. В связи с этим важным видится издание небольших по объему методических рекомендаций и информационных писем по узким вопросам с обязательной рассылкой их в учреждения здравоохранения по профилю, независимо от форм собственности. В этом случае весьма велика роль главных специалистов – городских и районных стоматологов, на которых возложены обязанности по обеспечению высокого уровня оказания стоматологической помощи.

Наиболее популярным источником информации среди врачей, особенно молодого возраста, является сеть Интернет. В последнее время все чаще начали пользоваться сетью и представители старшего поколения. Однако, основная причина ограниченности доступа к сети Интернет среди лиц старшего поколения – недостаточная компьютерная грамотность – к сожалению, сохраняется [5]. Из этого вытекает еще одна задача: руководству лечебных учреждений и главным специалистам городов и районов необходимо организовывать курсы обучения работе на компьютере. Это позволит существенно улучшить информированность врачей. Кроме того, в законодательном порядке должна быть закреплена обязательная компьютеризация рабочих мест врачей.

Не вызывает сомнений тот факт, что для обеспечения высокого качества стоматологической помощи врач должен постоянно совершенствоваться и поддерживать необходимый уровень собственных знаний и навыков. Для этого существуют определенные условия. Однако требуется инициатива от каждого врача, а также большая заинтересованность со стороны государства руководящих органов здравоохранения в оказании качественной стоматологической помощи населению.

### **Литература**

1. Иванова, Л. А. История возникновения идеи непрерывного образования и современное состояние проблемы [Электронный ресурс] / Л. А. Иванова // Образование: исследовано в мире / РАО, ГНПБ им. К. Д. Ушинского. – М. : ОИМ.РУ, 2000-2001. – Режим доступа : <http://www.oim.ru>.
2. Galeev, I. Виртуальные пространства для образовательных сообществ IFETS и IFETS-East-Euro / I. Galeev, O. Kolosov, A. Filyaev // Proceedings of 5th IEEE International Conference on Advanced Learning Technologies (ICALT'2005), Kaohsiung, Taiwan, 5-8 July, 2005. – Kaohsiung, 2005. – P. 912 – 916.
3. Байденко, В. И. Болонский процесс : курс лекций / В. И. Байденко. – М. : Логос, 2004. – 208 с.
4. Арнаутов, В. В. История и современное состояние непрерывного образования / В. В. Арнаутов, Н. К. Сергеев // Преподаватель. – 2001. – № 2. – С. 6 – 7.
5. Мустафаев, Р. Р. Непрерывное образование – резерв повышения качества стоматологической помощи / Р. Р. Мустафаев, А. В. Анохина, В. Ю. Хитров // Фундаментальные исследования. – 2011. – № 9. – С. 452 – 455.

Chizhevskiy I.V., \*Trofymets E.K., Ermakova I.D., Zabishniy A.A.

Donetsk National Medical university

Department of Pediatric Dentistry, \* Department of FIPO Dentistry

**Summary.** An important component in improving the dentist's work quality is a continuing education with modern information sources using: courses of general and thematic improvement, master classes, seminars, special literature, Internet.

**Keywords:** continuing education, dentistry.

УДК 378.147+371.315

## ДЕЛОВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ИГРА КАК СРЕДСТВО РАЗВИТИЯ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ В УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Шабан Н.И., Махмутов Р.Ф., Пошехонова Ю.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького.

**Резюме.** Деловая клиническая игра является одним из инновационных методов обучения студентов, позволяющий имитировать профессиональную деятельность в обстановке, максимально приближенной к условиям реальной деятельности врача. Деловая клиническая игра обеспечивает развитие познавательных, профессиональных мотивов, умение ориентироваться в различных клинических ситуациях, формирует ответственность, творческую активность студента, позволяет оценить собственные знания и умения.

**Ключевые слова:** деловая клиническая игра, студент, профессиональная врачебная деятельность.

Одним из эффективных подходов к решению задачи профессиональной подготовки студентов в медицинском университете, который обеспечивает развитие познавательных, профессиональных и коммуникативных навыков, является деловая клиническая игра [1, 2]. Данный метод активного обучения позволяет приблизить будущего специалиста к реальным условиям его профессиональной деятельности.

Целью практического занятия является формирование заданных программой знаний и умений. Цели деловой клинической игры значительно шире и рассчитаны на формирование умений ориентироваться в конкретной профессиональной ситуации, принимать самостоятельное решение, развивает умения работать в коллективе, с пациентами и их родственниками.

Важным условием в разработке деловой клинической игры является создание сценария, в основу которого положена логическая и правдоподобная совокупность событий, происходящих последовательно друг за другом. Методические аспекты создания плана деловой клинической игры включают выбор реальной, типичной ситуации, подходящей для поставленных целей, определение участников игры, определение целей и последовательности взаимодействия каждого игрока, установление времени деятельности, подготовка медицинской документации (рентгенограммы, протоколы УЗИ, ЭКГ, ФКГ, лабораторные анализы и так далее). Преподаватель направляет развитие игры, может задавать студентам наводящие вопросы, предоставляет дополнительную информацию, обсуждает сложные вопросы, контролирует время каждого этапа игры.

Для совершенствования учебного процесса преподавателями кафедры педиатрии и детских инфекций активно используется данный метод обучения. Нами составлены деловые клинические игры для студентов 4 и 5 курсов медицинских факультетов, которые отражают неотложные состояния в педиатрии, в соответствии с Программой по педиатрии МОЗ нашей страны. Представим методику подготовки и проведение деловой клинической игры на нашей кафедре по теме: «Неотложные состояния при сахарном диабете у детей. Профилактика развития острых осложнений при сахарном диабете». Первым этапом является определение целей игры, выделение знаний, практических умений, навыков, которые должны продемонстрировать студенты в игре, проверка базисных знаний. Далее определяется исходная ситуация, распределяются роли: врач школы, врач «Скорой помощи», врач приёмного отделения, врач-реаниматолог, ординатор детского эндокринологического отделения, семейный врач, родственники. Остальные студенты группы являются экспертами. Определяется места действия: медицинский кабинет школы, приёмное отделение, отделение интенсивной терапии, палата, кабинет семейного врача. Предоставляется оснащение: тонометр, стетофонендоскоп, шприцы, лекарства, история болезни.

Преподаватель озвучивает ситуацию: «Мальчик 10 лет доставлен старшеклассниками в медицинский кабинет школы в бессознательном состоянии. Со слов одноклассников, состояние ребёнка ухудшилось после третьего урока физкультуры, стал жаловаться на дрожание конечностей, потливость, головную боль, общую слабость. На «перемене» потерял сознание. В анамнезе сахарный диабет 1 типа с возраста 7 лет. Утром получил инъекцию актрапида 4 ЕД перед завтраком, который состоял из бутерброда с сыром и маслом, чая без сахара».

Далее действие происходит в кабинете врача школы, где школьный врач осматривает пациента (фантом), проводит диагностику неотложного состояния, определяет причины его возникновения, оказывает помощь на догоспитальном этапе (вводит раствор глюкозы 40% в объёме 40 мл в/в струйно), вызывает бригаду «Скорой помощи» для госпитализации пациента. Врач «Скорой помощи» диагностирует состояние, продолжает оказывать неотложную помощь (повторно вводит раствор глюкозы 40% в/в струйно, продолжает вводить раствор глюкозы 10% в/в капельно), транспортирует пациента в лечебное учреждение. Затем действие переносится в приёмное отделение, где пациента осматривает врач приёмного покоя, оценивает состояние, объём полученной неотложной помощи. Госпитализирует ребёнка в реанимационное отделение. Врач-реаниматолог продолжает следующие этапы неотложной помощи (введение раствора адреналина 0,1%, раствора глюкагона в/м, преднизолона в/в, лазикса, маннитола, натрия оксibuтирата, оксигенотерапию и так далее), рассчитывает дозы препаратов, определяет план обследования. После выведения из коматозного состояния больного поступает под дальнейшее наблюдение врача-ординатора в эндокринологическое детское отделение. Ординатор корректирует диету, осуществляет подбор доз инсулина, назначает



план обследования, беседует с родственниками, даёт рекомендации при выписке из стационара. Семейный врач разрабатывает рациональную схему диспансеризации и реабилитации пациента после перенесенного коматозного состояния. Родственники контролируют режим труда и отдыха ребёнка, питание, осуществляют самоконтроль гликемии.

В ходе игры, преподаватель может информировать студентов об изменении состояния больного, возникших осложнениях, дополнительных обследованиях, отсутствии лекарств и так далее. При необходимости активно привлекает к обсуждению студентов-экспертов. Занятие завершается анализом всех этапов деловой клинической игры, оценивается деятельность каждого участника, обсуждаются вопросы, которые вызвали затруднения. Участники игры получают оценки, которые преподаватель заносит в журнал успеваемости. Продолжительность деловой игры 1-1,5 часа.

Таким образом, деловая клиническая игра является эффективным методом организации и проведения практических занятий, который побуждает познавательную активность студентов, содействует становлению самостоятельности мышления и деятельности, развивает умение работать в коллективе, моделирует условия профессиональной среды, реализуя деятельностно-компетентностный подход в обучении будущих врачей.

### **Литература**

1. Ділові ігри - ефективна форма навчання лікарів-інтернів / М.М. Потяженко, Н.Л. Соколюк, М.Г. Бойко та ін. //Матеріали наук.-практ. конф. «Сучасні проблеми підготовки фахівців у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах України». - Луганськ, 2000. - С. 286 - 287.

2. Деловая игра как форма обучения студентов в медицинском вузе / В.А. Журбенко, Э.С. Саакян, Д.С. Тишков // Педагогика высшей школы. - 2015. - №2. - С. 38 - 40.

### **BUSINESS CLINICAL GAME AS MEANS OF DEVELOPMENT OF CREATIVE ACTIVITY OF STUDENTS IN VOCATIONAL EDUCATION.**

Shaban N.I., Makhmurov R.F., Poshekhonova Y.V.

Donetsk national medical university named after M. Gorkiy

**Summary.** Business Clinical game is one of the innovative methods of training future doctors, which allows to simulate the professional activity in conditions as close to real life. Business game provides clinical development of cognitive, professional motivation, ability to navigate in a variety of clinical situations, creates responsibility, creative activity of students, to evaluate their own skills and knowledge.

**Key words:** business clinical game, a student, a professional medical practice.

УДК 618.4/.5+378.147.88

### **ОПТИМИЗАЦИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ У СТУДЕНТОВ**

Шаганов П.Ф., Мацынин А.Н., Гребельная Н.В., Егорова М.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье освещено внедрение методов совершенствования практических навыков у студентов на кафедре акушерства и гинекологии Донецкого национального

медицинского университета им. М.Горького, путем создания центров практической подготовки.

**Ключевые слова:** практические навыки, акушерство и гинекология, высшее образование.

Важнейшей проблемой высшего образования, на данном этапе, является повышение качества обучения. Особое значение это имеет для подготовки врача. Современная система подготовки медицинских кадров невозможна без ориентации её на конечный результат – профессиональную деятельность. Последнее обстоятельство предусматривает максимум самостоятельной работы, развитие творческих способностей у будущих специалистов, усиление индивидуального подхода. Все это требует такой организации учебного процесса, при котором студент мог бы самостоятельно овладеть элементами своей будущей профессии [1].

Мировой тенденцией в высшем медицинском образовании является повышение качества овладения профессиональными компетенциями студентами медицинских вузов [2].

Одной из основных возможностей совершенствования профессиональных компетенций студентами является создание центров практической подготовки.

**Целью исследования** является формирование умений и практических навыков самостоятельной профессиональной деятельности.

Данные литературы [3] и опыт преподавания свидетельствуют, что причиной врачебных ошибок является не только недостаток теоретических знаний, но и неумение логически мыслить, аргументировать диагностические предположения, принимать правильные решения, мгновенно реагировать при экстремальных ситуациях.

Подготовка студентов на кафедре осуществляется в соответствии с рабочей программой, созданной на кафедре и утвержденной методической комиссией университета.

В соответствии с требованиями текущего периода поставлена задача максимального приближения содержания подготовки молодых специалистов к потребностям органов практического здравоохранения. В связи с этим, при обучении студентов на кафедре акушерства и гинекологии решается задача не только овладения новыми знаниями и умениями, но и возможности применения этих знаний в конкретных клинических ситуациях, то есть достижения студентами цели «уметь».

Решением задачи является обучение с помощью инновационных методов обучения с использованием манекенов (фантомов), которые позволяют моделировать состояние пациента.

Первым этапом формирования практических навыков студентом является овладение алгоритмом оказания врачебной помощи.

Освоение в имитационной среде практических навыков и умений, адекватных эффективных действий в стандартных, экстренных и нестандартных ситуациях при организации и оказании медицинской, первой (неотложной) помощи способствует приобретению профессионального опыта.

Центр практической подготовки оснащен самыми современными средствами и технологиями обучения: тренажерами и роботами-симуляторами, манекенами-имитаторами, электронными фантомами, моделями-муляжами, а также реальным оборудованием (акушерскими инструментами, стетоскопами, и т.п.).

Положениями работы центра являются: выделение на клинической кафедре сотрудников для практических занятий на базе центра, создание расписания обучения и тренировок на фантомах в течение всего периода обучения, повышение качества навыков за счет занятий «малыми группами» по 5 человек, единая методическая база преподавания практических навыков; междисциплинарный подход, система реальной преемственности преподавания, контрольных занятий с определением уровня усвоения навыков.

Направлениями работы центра является: унификация и стандартизация преподавания навыков во время проведения учебных занятий; подготовка и обучения студентов на фантомах; создание единой материально-технической базы центра для оптимального оснащения манекенами, повышения длительности их эксплуатации и оборудованием, для качественного содержания указанной техники и ухода за ней специально обученным персоналом; снижение затрат на закупку оборудования и обслуживание манекенов. Все перечисленные направления работы центра позволяют повысить качество обучения будущих врачей.

На выпускном государственном экзамене у студентов ряд навыков принимаются на манекенах. Это объективизирует оценку правильности выполнения навыков, снижает количество апелляций, повышая качество усвоения навыков. За период внедрения в практику навыков на фантомах уменьшилось количество низких и увеличилось число высоких оценок уровня освоения профессиональными компетенциями. Качество усвоения практических навыков и «выживаемость знаний» после занятий в центре практической подготовки на порядок выше по сравнению с другими методами преподавания, применяемыми ранее. Таким образом, использование инновационных подходов в обучении позволяет подготовить квалифицированные медицинские кадры с учетом экономической эффективности и потребности практического здравоохранения.

**Выводы.** Выполнение практических навыков в центрах практической подготовки является действенным методом обучения и контроля подготовки, способствует быстрому наращиванию знаний и умений студентов, автоматическому выполнению той или иной манипуляции.

### **Литература**

1. Волосовець О.П. Питання якості освіти у контексті впровадження засад Болонської декларації у вищій медичній школі // Медична освіта.-2010.- №2.С.12-16.

2. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Первак М.Б. Универсальные компетенции врача: взгляд выпускников медицинских вузов // Україна. Здоров'я нації.-2009.-№4 – С.72-80.

3. Иванов Е.К. Качество специалиста и технология обучения в высшей школе/Современная высшая школа, -1991.-№1.-С.76-78.

OPTIMIZATION OF FORMATION OF PRACTICAL STUDENT'S SKILLS  
IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Shaganov P.F., Matsynin A.N., Grebelnaya N.V., Egorova M.A.  
M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The article highlights the introduction of methods of improving the practical skills of the students in the Department of Obstetrics and Gynecology of the Donetsk National Medical University, by creating practical training centers.

**Keywords:** practical skills, obstetrics and gynecology, higher education.

УДК 616.1/4-08-03.35:378.147

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ НЕОТЛОЖНЫХ  
СОСТОЯНИЙ ВРАЧАМ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ

Шано В.П., Налетова Е.Н., Демчук О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В образовательном стандарте последипломного обучения врачей семейной медицины заложены принципы усовершенствования организации оказания экстренной помощи в критической ситуации путем оценки состояния больного и принятия решения объема конкретных мероприятий неотложной помощи. Это отражает основные задачи цикла, предусматривающие оптимизацию подготовки врачей общей практики, семейной медицины с последующей разработкой системы контроля их знаний.

**Ключевые слова:** неотложные состояния, семейная медицина.

**Цель** – определить особенности преподавания неотложных состояний на кафедре общей практики, семейной медицины

ФИПО ДонНМУ им. М. Горького.

**Материал и методы.** Объем неотложных состояний в практике семейного врача включает не только заболевания и их осложнения, но и травмы, отравления, ожоги, отморожения и несчастные случаи в быту.

Перечень этих осложнений насчитывает несколько десятков: острая сердечная недостаточность, острая сосудистая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, острая почечная недостаточность, острое повреждение почек, комы при сахарном диабете, тиреотоксический криз, острая надпочечниковая недостаточность, острые аллергические состояния, нарушение мозгового кровообращения, отек мозга, алкогольная кома, эпилептический статус, острые хирургические заболевания и травмы органов живота, желудочно-кишечные кровотечения, переломы и вывихи, черепно-мозговая травма, термические и химические ожоги, отморожение, утопление, поражение электрическим током и токсическими веществами.

Неотложная помощь при критических ситуациях курсантами изучаются во время лекций, семинаров и практических занятий. Для контроля знаний используются разработанные кафедрой обычные и компьютерные тестовые программы.

**Результаты и обсуждение.** С целью определения исходного уровня подготовки курсантов, а также объема знаний, практических навыков,

которыми необходимо овладеть врачам – курсантам, обучающим предлагаются тестовые задания по неотложным состояниям с последующим анализом полученных ответов.

В отличие от преподавания на терапевтических смежных кафедрах, где уделяется должное внимание изучению этио-патогенетических и клинических проявлений заболеваний на цикле неотложных состояний выполняется разбор и анализ возможного развития осложнений заболевания, прежде всего нарушение витальных функций и формирование угрозы жизни пациента. При этом соответственно изучаемым темам на практических занятиях проводится обсуждение построения алгоритма организационных мероприятий и определение лечебной тактики оказания неотложной помощи ургентным пациентам с последующей практической работой непосредственно в отделениях интенсивной терапии.

В стационарах интенсивной терапии курсантами проводится курация «профильных» больных, участие совместно с преподавателем и врачами отделений в манипуляциях, диагностики и определении тактики лечения пациентов.

Кроме того, важное значение при обучении курсантов уделяется материально-технической базе. Изучается медицинский инструментарий, необходимый для оказания неотложных мероприятий, диагностическая аппаратура, обучающие отработывают практические навыки на тренажерах для интубации и проведения сердечно-легочной реанимации, обсуждается дыхательная аппаратура и другое оборудование, используемое в ургентных ситуациях, а также широко используются учебно-методические пособия по неотложным состояниям, разработанные на кафедре.

Наряду с этим при проведении лекционного курса по неотложным состояниям осуществляется обратная связь, путем проведения стандартизованного контроля усвоенного курсантами материала по диагностике и тактике оказания неотложной помощи с последующим анализом ответов и определении первостепенных вопросов, которые необходимо рассмотреть при проведении практических занятий и семинаров.

В конце цикла для определения уровня полученных знаний в диагностике ургентного состояния и умения оказать квалифицированную неотложную помощь используется тестовый контроль с решением ситуационных задач, последующим анализом полученных ответов и выявление эффективности преподавания неотложных состояний.

**Выводы.** Особенностью преподавания неотложных состояний на кафедре общей практики, семейной медицины является усовершенствование обеспечения знаниями и умением проведения алгоритма оказания квалифицированной неотложной помощи, включающего диагностику нарушений витальных функций, определения объема неотложных мероприятий и обеспечение их выполнения с учетом европейских стандартов оказания специализированной реанимационной помощи.

### **Литература.**

1. Ильинский И. Качество – ядро образовательного процесса / И. Ильинский // Стандарты и качество. –2002. – № 4. – С. 22-24.
2. Фролов В. Принципы построения систем качества в образовательных процессах / В. Фролов, В. Протасьев, В. Шильдин // Стандарты и качество. – 2002. – № 4. – С.41, 42.
3. Хмелевская И.Г. Система менеджмента качества образования в медицинском ВУЗе / И. Г. Хмелевская, М. М. Гурова // Успехи современного естествознания. 2008. – № 9 – С. 66-67.

#### METHODOLOGICAL ASPECTS OF TEACHING OF THE URGENT STATES ARE IN DOMESTIC MEDICINE

Shano V.P., Nalotova E.N., Demchuk O.V.

M. Gorky Donetsk national medical university y

**Summary.** The educational standard of postgraduate training principles to improve the organization of emergency assistance in the critical situation of family medicine doctors laid down by assessing the patient's condition and decide the scope of the specific emergency measures. This reflects the basic cycle tasks, providing optimization of training general practitioners, family medicine, followed by the development of control systems of knowledge.

**Keywords:** the urgent states, domestic medicine.

УДК: 616 – 053.2 – 089.5: 378.146/147

#### ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ ДЕТСКИХ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ

Щербинин А.В., Анастасов А.Г., Фоменко С.А., Москаленко С.В.,  
Сушков Н.Т., Музалев А.А., Щербинин А.А., Вакуленко М.В.,  
Литовка В.К., Черкун А.В., Пошехонов А.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

**Резюме.** В Центре детской хирургии им. Н.Л.Куца система профессиональной подготовки традиционно формировалась с учетом важности первичного овладения манипуляционными навыками, которые считаются основой квалификационной характеристики врача анестезиолога. Схематические манекены не обладают полным анатомо-физиологическим соответствием живому организму и не могут использоваться в рамках клинического сценария, а обучение на секционном материале имеет деонтологические и организационные ограничения. Внедрение и применение роботизированных симуляционных комплексов позволило бы осуществить преемственным переход между доклиническим и клиническим этапами обучения и повысить как теоретический уровень, так и практические навыки врачей по специальности «Детская анестезиология».

**Ключевые слова.** профессиональная подготовка, робот - симулятор, детская анестезиология.

**Введение.** По данным литературы, уникальные свойства робота-симулятора определяются универсальным акцепторным комплексом, позволяющим фиксировать физические воздействия на важнейшие участки корпуса робота. Роботы-симуляторы позволяют придать некоторую реалистичность, плановость и предсказуемость учебному процессу, без увеличения риска осложнений у пациентов в критических состояниях.

Аппаратное расширение позволяет проводить полноценную сердечно-легочную реанимацию по любому клиническому сценарию с использованием «настоящих» приборов искусственной вентиляции легких, электрокардиодефибрилляции[1]. Система HPS, к тому же, позволяет проводить обучение анестезиологов методам ингаляционной анестезии, включая опции штатного наркозно-дыхательного комплекса[2]. Применение в педагогическом процессе симуляционных моделей по специальности «Детская анестезиология» развивается по консервативному пути в связи с отсутствием роботов - симуляторов на балансе соответствующих подразделений высших учебных заведений.

**Цель исследования** – анализ и возможные пути улучшения качества последипломного образования врачей по специальности «Детская анестезиология».

**Результаты и их обсуждение.** В Центре детской хирургии им. Н.Л.Куца, в настоящее время – структурное подразделение кафедры хирургии, детской хирургии и анестезиологии, всегда уделяли повышенное внимание обучению специалистов в области лечения критических состояний, а также оснащению учебного процесса. Система профессиональной подготовки традиционно формировалась с учетом важности первичного овладения манипуляционными навыками, которые считаются основой квалификационной характеристики врача анестезиолога. Традиционно в специальности «Детская анестезиология» овладение мануальными методиками состояло из 1-го доклинического и 2-го клинического этапа. На 1-м этапе, стажеры отработывали необходимые навыки на схематических манекенах и патологоанатомическом материале. На 2-м этапе, они приобретали навыки профессиональной деятельности в типовых стационарных отделениях клинического лечебного учреждения. По нашему мнению между представленными этапами отсутствует преемственность ввиду ключевых различий объектов изучения.

В настоящее время для отработки локальных навыков в обучении анестезиологов используются сегментные манекены. Схематические манекены не обладают полным анатомо-физиологическим соответствием живому организму и не могут использоваться в рамках клинического сценария, а обучение на секционном материале имеет деонтологические и организационные ограничения. Кроме того, от таких объектов невозможно добиться физиологического ответа на проводимое лечение. Таких недостатков лишен клинический практикум, но при работе с реальными пациентами многократно возрастает цена возможных ошибочных действий врача - стажера, а сам учебный процесс становится ситуационным, когда учебная программа определяется не планом обучения, а наличием пациентов в клинике с изучаемой патологией. Эти наблюдения во многом определяют целесообразность внедрения и использования симуляционных систем в процессе обучения.

Таким образом, применение роботизированных симуляционных комплексов позволило бы осуществить преемственным переход между

доклиническим и клиническим этапами обучения детских анестезиологов, что способствовало бы повышению как теоретического уровня, так и практических навыков врачей по специальности «Детская анестезиология».

### **Литература**

1. Блохин Б.М., Гаврютина И.В., Бараташвили В.Л. Симуляционные технологии и качество оказания неотложной помощи детям // Сборник материалов и тезисов к конгрессу «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» М., 2011.
2. Blokhin B., Loayza H., Makrushin I. et al. Book of abstracts, Second International Paediatric Simulation Symposium and Workshops, Italy, 2009. P. 37.

#### WAYS OF IMPROVING THE QUALITY OF TRAINING CHILDREN'S ANESTHESIOLOGISTS

Shcherbinin A.V., Anastasov A.G., Fomenko S.A., Moskalenko S.V., Sushkov N.T., Muzalev. A.A., Shcherbinin A.A., Vakulenko M.V., Cherkun A.V., Litovka V.K., Poshehonov A.S.  
Donetsk national medical university M. Gorkiy  
Republican Children's Clinical Hospital, Donetsk

**Summary.** In the Center of Pediatric Surgery N.L.Kuscha system of vocational training has traditionally been formed taking into account the primary importance of mastering manipulative skills that are considered to be the basis of the qualifying characteristics anesthesiologist. Schematic dummies do not have a complete anatomical and physiological compliance of a living organism and cannot be used in a clinical scenario, and training section material has a deontological and organizational constraints. Implementation and application of robotic simulation systems allowing for the continuity of the transition between preclinical and clinical stages of education and to increase the level of both theoretical and practical skills of physicians in the specialty "Pediatric Anesthesiology."

**Keywords:** vocational training, robot - simulator, children's anesthesiology.

УДК 378.184 – 089.5 – 053.2

#### СТУДЕНЧЕСКОЕ НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО КАК ОСНОВОПОЛАГАЮЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

Щербинин А.В., Вакуленко М.В., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Анастасов А.Г., Сушков Н.Т., Музалев А.А., Щербинин А.А., Литовка В.К., Черкун А.В., Пошехонов А.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В статье рассматриваются актуальные проблемы повышения эффективности преподавания специальных дисциплин и основные направления для их решения.

**Ключевые слова:** студенческое научное общество, подготовка врача, детская хирургия.

**Введение.** Научная и практическая работа студентов – неотъемлемая часть образовательного процесса любого высшего медицинского учебного заведения. Это связано с тем, что за время обучения студент может обнаружить значительные способности в научной и практической сфере, в дальнейшем продолжить свою деятельность, наращивая свой научный и практический потенциал [3].



В связи с этим формирование и развитие студенческих научных обществ (СНО) является для каждого вуза весьма актуальным. Здесь студенты учатся работать с научной литературой, анализировать и обобщать результаты собственных исследований, выступать докладами на конференциях, отстаивать свое мнение в дискуссиях, применять на практике новые информационные технологии. Все это явно выходит за рамки стандартного учебного плана и способствует подготовке современных врачей как высококлассных специалистов [2].

Проблема повышения эффективности преподавания специальных дисциплин в Высшей медицинской школе обусловлена ростом требований к знаниям и навыкам молодого специалиста в условиях ограниченного времени, которое отводится учебным планом на освоение объема информации, постоянно увеличивается.

**Результаты и обсуждение.** Основным направлением деятельности СНО клинической кафедры является подготовка студентов к самостоятельной работе по выбранному профилю [1].

Основной целью деятельности студенческого научного общества является воспитание творческого и инновационного подхода к проведению исследований, а также содействие развитию и популяризации медицинской науки среди студентов ДонНМУ им. М. Горького. Для ее достижения СНО стремится решать следующие основные задачи:

- 1) повышение мотивации студентов к участию в научной и практической деятельности;
- 2) введение в учебный процесс курса обучения студентов подготовке и написанию научных работ;
- 3) расширение связей между кружками внутри вуза;
- 4) расширение межвузовских связей.

Студенческое научное общество клиники детской хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького существует с 1968 г. Заседания СНО проводятся 1 раз в 2 недели во внеучебное время, в помещениях кафедры и лечебно-диагностических помещениях клиники детской хирургии на базе Республиканской детской клинической больницы г. Донецка, продолжительность их обычно составляет 3 учебных 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. Учитывая широкий профиль данной клиники, рассмотрению подлежат теоретические и практические аспекты общей хирургии, урологии, онкологии, неонатологии, анестезиологии и реаниматологии. Поэтому часть заседаний СНО проводят различные сотрудники кафедры - специалисты определенного узкого профиля.

В весеннем семестре проводится студенческая научная конференция, во время которой обсуждаются результаты, которые были получены по итогам проведенных исследований. Лучшие работы представляются на

общеуниверситетскую, Республиканскую и международные студенческие конференции.

Благодаря труду многих поколений преподавателей и студентов, на протяжении многих лет студенческое научное общество кафедры хирургии, детской хирургии и анестезиологии ДонНМУ хранило верность традициям и вместе с тем непрерывно развивалось и совершенствовалось.

**Выводы.** В настоящее время студенты СНО кафедры хирургии, детской хирургии и анестезиологии под руководством опытных наставников проводят научные исследования на достаточно высоком уровне. Материалы этих исследований способствуют совершенствованию практического здравоохранения Донецкого региона.

### **Литература**

1. Давыдов Н.А. Педагогика. – Москва: ИЭП, 1997. – 134 с.
2. Казаков В.Н., Талалаенко А.Н., Каменецкий М.С., Гарина М.Г. Высшее медицинское образование. – Донецк, "Здоровье", 1992. – 225 с.
3. Кузьменко В.В., Копёнкин С.С. Оптимизация роли студенческого научного кружка в подготовке врача-специалиста. – Современные проблемы подготовки медицинских кадров. – Москва, 1990. – Часть II. – С. 241-242.
4. Прокументова Г.Н. Инновационные процессы в педагогической практике и образовании. – Барнаул; Томск: Алтайская академия экономики и права, 1997. – 128 с.

### STUDENT SCIENTIFIC SOCIETY AS A FUNDAMENTAL DIRECTION IN TRAINING OF DOCTORS ON SPECIAL CHILDREN'S SURGEONS AND ANESTHETISTS

Shcherbinin A.V., Fomenko S.A., Moskalenko S.V., Anastasov A.G., Sushkov N.T., Muzalev A.A., Vakulenko M.V., Shcherbinin A.A., Cherkun A.V., Litovka V.K., Poshehonov A.S.  
M.Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** In the article is the actual problems of increasing the efficiency of teaching of special disciplines and guidelines for their decision.

**Keywords:** students' scientific society, physician training, pediatric surgery.

УДК:616-089-053.2:378.147.31

### РОЛЬ ЛЕКЦИИ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Щербинин А.В., Фоменко С.А., Москаленко С.В., Анастасов А.Г.,  
Сушков Н.Т., Музалев А.А., Щербинин А.А., Вакуленко М.В.,  
Литовка В.К., Черкун А.В., Пошехонов А.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

**Резюме.** В работе описываются подходы к созданию лекционного материала на кафедре детской хирургии. Описываются возможные недостатки и методы их преодоления. Сформулированы требования к современной лекции.

**Ключевые слова:** лекция, высшая школа педагогика.

**Введение.** Вузовская лекция - главное звено дидактического цикла обучения. Ее цель - формирование ориентировочной основы для последующего усвоения студентами учебного материала. Лекция - четкий, системное изложение отдельной научной проблемы или темы. Цель лекции заключается в

помощи студентам овладеть методами самостоятельной работы с учебниками, пособиями, первоисточниками. Лекция - один из важнейших факторов в организации учебной деятельности студентов.

Процесс обучения в высшей школе реализуют в пределах разнообразной целостной системы организационных форм и методов обучения. Каждая форма решает свою специальную задачу, но совокупность форм и методов обучения создает единый дидактический комплекс, функционирование которого подчинено объективным психолого-педагогическим закономерностям учебного процессу.

**Цель исследования** – анализ и возможные пути улучшения лекционного курса на кафедре детской хирургии.

**Материалы и методы.** Ведущая роль лекции в преподавании учебных дисциплин кафедры связана с их смысловым аспектом, организационными принципами и методическими особенностями. Основное содержание лекции составляют центральные методологические, теоретические и практические проблемы раскрывают в лекции не все вопросы темы, а важнейшие, существенные, требующие научного обоснования

Лекция - методологическая и организационная основа для всех учебных занятий, в том числе и самостоятельных (методологическая, так как вводит студента в науку вообще, придает учебному курсу концептуальности; организационная - потому что остальные формы учебных занятий так или иначе «завязаны» на лекцию, чаще логично запланированные после нее, опираются на нее содержательно и тематически ее основная дидактическая цель - формованная ориентировочной теоретической основы для дальнейшего усвоения студентами учебного материалу.

С помощью лекций педагог закладывает переход от простой передачи информации к активному усвоению содержания обучения с привлечением механизмов теоретического мышления и всей структуры психических функций. В этом процессе возрастает роль диалогического взаимодействия и общения во время лекции, усиливается значение социального контекста в формировании профессионально важных качеств личности будущего специалиста.

Научно-педагогические работники обязаны добиться практического воплощения ряда требований, характеризующих современную эффективную лекцию как организованную форму, активный метод и психологическую технологии совместной образовательной деятельности со студентами

- высокий научно-теоретический и социально-культурный уровень лекции;

- трехзвенная структура каждой лекции: вступление (задачи и план работы), основная часть (дедуктивная или индуктивная построение содержательного изложения) и выводы (итоги, обобщения, рекомендации);

- живая и интересная подача содержания лекции;

- сообщение на лекции не только теоретических знаний (теории, законы, закономерности, понятия и т.д.), но и социально-нормированной (планы, проекты, программы, технологии, методики) и культурно-ценностной

информации (идеи, идеалы, убеждения, оценки, мотивы и др.);

- экономное использование лекционного времени благодаря выбору оптимального темпа изложения образовательного содержания;

- широкое применение графически-символических средств (модели, схемы, таблицы, чертежи, символы, графики, формулы) для подтверждения или опровержения любой значимой теоретической основы или полного методологического положения.

**Результаты и их обсуждение.** В настоящее время наряду со сторонниками существуют противники лекционного изложения учебного материала. Вот основные отрицательные моменты:

1. Лекция приучает к пассивному восприятию чужих мнений, тормозит самостоятельное мышление. Чем лучше лекция, тем эта вероятность больше.

2. Лекция отбивает вкус к самостоятельным занятиям.

3. Лекции нужны, если нет учебников или их мало.

4. Одни студенты успевают осмыслить, другие - только механически записать слова лектора.

Однако опыт показывает, что отказ от лекций снижает научный уровень подготовки студентов, нарушает системность и равномерность работы в течение семестра. Поэтому лекция по-прежнему продолжает оставаться ведущей формой организации учебного процесса в вузе. Указанные выше недостатки в значительной мере могут быть преодолены правильной методикой и рациональным построением материала.

В учебном процессе складывается ряд ситуаций, когда лекционная форма обучения не может быть заменена никакой другой:

- при отсутствии учебников по новым складывающимся курсам лекция - основной источник информации;

- новый учебный материал по конкретной теме не нашел еще отражения в существующих учебниках или некоторые его разделы устарели;

- отдельные темы учебника особенно трудны для самостоятельного изучения и требуют методической переработки лектором;

- по основным проблемам курса существуют противоречивые концепции, лекция необходима для их объективного освещения;

- лекция незаменима в тех случаях, где особенно важно личное эмоциональное воздействие лектора на студентов с целью повлиять на формирование их взглядов.

Преимущества лекции:

- ✓ творческое общение лектора с аудиторией, сотворчество, взаимодействие;

- ✓ лекция - весьма экономный способ получения в общем виде основ знаний;

- ✓ лекция активизирует мысленную деятельность, если хорошо понята и внимательно прослушана, поэтому задача лектора - развивать активное внимание студентов.

Многие преподаватели считают, что задача лектора заключается в том,

чтобы хорошо знать предмет и ясно его излагать. Это сложнейшая педагогическая проблема: это и последовательность, и наглядность изложения, и сознательное активное усвоение излагаемого слушателями, и, как результат, понимание.

**Выводы.** Таким образом ниже перечислены основные требования к лекции: научность и информативность (современный научный уровень), доказательность и аргументированность; наличие достаточного количества убедительных примеров, фактов, обоснований, документов и научных доказательств; активизация мышления слушателей, постановка вопросов для размышления; четкая структура и логика раскрытия последовательно излагаемых вопросов; методическая обработка - выведение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках; изложение доступным и ясным языком и разъяснение вновь вводимых терминов и названий; использование по возможности аудиовизуальных дидактических материалов.

### **Литература**

1. Архангельский С.И. Лекции по теории обучения в высшей школе. - М.: Высш. шк., 1974.- 384 с.
2. Рогинский В.М. Азбука педагогического труда (Пособие для начинающего преподавателя технического вуза).- М.: Высш. шк., 1990.- 112 с.

### **ROLE OF LECTURES IN PEDAGOGICAL PROCESS AT THE DEPARTMENT OF PEDIATRIC SURGERY.**

Shcherbinin A.V., Fomenko S.A., Moskalenko S.V., Anastasov A.G., Sushkov N.T., Muzalev. A.A., Shcherbinin A.A., Vakulenko M.V., Cherkun A.V., Litovka V.K., Poshehonov A.S.  
M. Gorky Donetsk State Medical University  
Republican Children's Clinical Hospital, Donetsk

**Summary.** The paper describes the approaches to the creation of the lecture material at the Department of Pediatric Surgery. Describes the possible disadvantages and methods to overcome them. The requirements for modern lecture.

**Keywords:** lecture, school of pedagogy.

УДК 811.411.21:615.1:001.4

### **АРАБСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ**

Якобчук А.В., Косенкова-Дудник Е.А., Парамонова Т.И.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра анатомии человека и латинского языка

**Резюме.** В данной статье мы рассматриваем термины арабского происхождения в фармацевтической терминологии на латинском языке. Проводим этимологический анализ терминов, образованных на основе арабского языка. Рассматриваем их функционирование в современной терминологии.

**Ключевые слова:** терминология, этимология, термин, фармацевтическая терминология, арабский язык.

**Актуальность темы.** Студенты медицинских университетов изучают различные фармацевтические дисциплины, а также знакомятся с

фармацевтическими терминами в курсе латинского языка. Они должны знать как русские, так и латинские наименования химических элементов и соединений, ботанических и фармацевтических названий лекарственных растений и т.д. Студентам важно знать этимологию терминов, поскольку это повышает мотивацию и способствует запоминанию новых слов.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования является выявление терминов, образованных на основе арабского языка, их происхождение и функционирование в современной фармацевтической терминологии.

**Материалы и методы.** В процессе работы над темой была произведена выборка терминологических единиц, образованных на основе арабского языка. Был проведен этимологический анализ фармацевтических терминов арабского происхождения.

В разделе фармацевтической (рецептурной) терминологии студенты-медики сталкиваются с различными терминами на латинском языке. Студенты интересуются происхождением новых слов. Принято считать, что фармацевтическая терминология состоит из слов латинского и греческого происхождения. Но этимология определенных терминов отслеживается с эпохи Средневековья и расцвета арабских цивилизаций Востока.

Когда в Европе начинается время темного Средневековья и наука погружается в «дебри» патристики и схоластики, на мировую политическую, культурную и научную арену выходит Восток. В результате исламских завоеваний VII – IX вв. был образован Исламский халифат. Крупнейшими центрами того времени были Дамаск и Багдад. Арабы переняли не только культурное наследие Ассирии и Вавилона, но и древней Греции и Индии.[3, с.63]. Фармацевтическая наука начинает развиваться в арабских странах в эпоху халифатов (VI–XIII вв.) с открытием первых больниц и подготовкой профессиональных лекарей. Вслед за больницами появляются первые аптеки. Характерной чертой средневековой фармации было появление сложных лекарственных прописей – полифармация. Зачастую число ингредиентов, входящих в один рецепт, доходило до нескольких десятков. С увеличением количества лекарственных средств и усложнением технологий их приготовления появилась необходимость в разделении профессий врача и аптекаря. Королевскими указами врачам запрещалось готовить лекарства и торговать ими, а аптекарям (фармацевтам) – заниматься лечением больных. Однако ни одно новое лекарственное средство не могло применяться без изучения врачами, равно как и врачи не могли обойтись без аптекарей, предлагавших им новые лекарства.

Наукой, непосредственно связанной с фармацией, является химия. Название науки происходит от арабского алхимия (аль-кимийя) – в арабском языке слово алхимия означало науку о строении вещества, родственную современной химии. В арабском языке это слово предположительно заимствованное из древнеегипетского языка имело значение «черный, черная земля» и обозначало науку о строении вещества [1, с. 36]. В 1140 году итальянский математик и астроном Платон Тивольский транслитерировал

термин с арабского на латинский в значении искусства превращать неблагородные металлы в золото и серебро, чем химия и занималась до XVI века. Но алхимики внесли существенный вклад в развитие химии. По словам Д.И. Менделеева «Только благодаря запасу сведений, собранных алхимиками, можно было начать действительное научное изучение химических явлений» [1, с. 173].

В фармацевтической терминологии много заимствований из арабского языка в области химических наименований, т.к. химия была достаточно развитой наукой в арабском средневековье. Алкоголь – alcohol, is n (al-kohl) первоначально обозначало тонко перемолотую в порошок сурьму для век. В таком значении слово и вошло в латинский язык в XIII веке. В XIV значение несколько трансформировалось в «что-то хорошо перемолотое и растертое». В средневековой литературе стало означать очищенный материал или некую «квинтэссенцию», полученную методом дистилляции. Парацельс в XVI веке употребляет слово «алкоголь» в значении «квинтэссенция вина». Но только в XVIII веке в английском словаре Бэйли появляется значение «очень чистый, ректифицированный спирт». Слово камфора– Camphora, ae f восходит к арабскому kafur–белый, которое произошло от санскритского karpura. Камфора ввозилась из Индии, куски камфоры белого цвета. Бензойная кислота – acidum benzoicum. Впервые найдена в смоле южноафриканских деревьев, росном ладане. Benzoe – арабское слово, означающее «хорошо пахнущий сок».[4, с. 151]. Бура – Borax, acis f (тетраборат натрия) происходит от арабского baura «натриевая селитра». Название химического элемента калий – Kalium, i n происходит от арабского al-qali «зола растений, щелочь». От этой же основы происходит термин алкалоид (араб. al-qali «щелочь»+ греч. eidos – вид, сходный, похожий). [4, с. 149]. Натрий – Natrium, i n образовано от арабского patron «сода». [4, с. 149]. Elixir, iris n «эликсир» - устаревшее название спиртовых настоек с примесью эфирных масел. Изначально это слово арабского происхождения употреблялось в значении целительного порошка от всех болезней и даже легендарного философского камня, который искали ученые средневековья. Алхимики пытались отыскать elixir vitae «эликсир жизни» - фантастический напиток, дающий вечную молодость.

Особенно много терминов арабского происхождения в ботанической номенклатуре. Многие лекарственные растения были завезены в Европу из стран Востока, их названия транслитерировались на латинский язык.

Сабур представляет собой затвердевший сок листьев алоэ, полученный путем выпаривания. Само слово сабур происходит от арабского subr «терпение». Алоэ считалось символом терпения, т.к. оно способно долгое время обходиться без влаги.

Хлопок – Gossypium, i n. По-арабски goza «хлопок», образовано от goz «мелковистый». Senna, ae f – название лекарственного растения сенна. В Европе еще было известно как «александрийский лист», т.к. ввозилось из Африки главным образом через Александрию, город-порт в Египте. Название растения кофе–Coffeum, i n или Safea, ae f происходит от арабского qahwa,

которое, вероятно, было образовано по названию страны, где это растение произрастало. Coffeinum, i n – кофеин, возбуждающее средство, добываемое из зерен кофе.

Также из арабского языка происходят названия растений жасмин - *Jasminum*, i n; миндаль – *Amygdala*, ae f; сезам, кунжут – *Sesamos*, i n, *Sesamum orientale* первоначально культивировался в Египте и Аравии и назывался там *semsem*.

**Выводы.** В фармацевтической терминологии на латино-греческой основе некоторые термины имеют арабское происхождение. Студентам нужно знать этимологию терминов, т.к. это способствует запоминанию новых слов. Кроме того, объяснение происхождения новых терминов мотивирует студентов к изучению новых терминов и исследовательской работе. Темы по этимологическому анализу включаются в работу СНО секции латинского языка.

### Литература

1. Крылов Г.А. Этимологический словарь русского языка. – Москва: ООО Полиграфуслуги, 2005, - 432 с.
2. Рабинович В.Л. Алхимия как феномен средневековой культуры. – М. Наука, 1979. – 392 с.
3. Сорокина Т.С. История медицины. – Москва: Академия, 2008. – 96 с.
4. Чернявский М.Н. Латинский язык и основы фармацевтической терминологии. Москва: Медицина, 1984. – 320 с

### ARABIC BORROWINGS IN ANATOMICAL TERMINOLOGY

Yakobchuk A.V., Kosenkova-Dudnyk E.A., Paramonova T.I.

M. Gorky Donetsk national medical university

Department of human anatomy and Latin language

**Summary.** In this article we regard the terms of Arabic origin in pharmaceutical terminology in Latin language. We provide etymological analysis of the terms originating from Arabic. Besides, we analyze their functioning in modern pharmaceutical terminology.

**Key-words:** terminology, etymology, term, pharmaceutical terminology, Arabic language.

## ПЕДИАТРИЯ

УДК: 616.832.21-002+615.371]-053.4(477.62)

### НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ПРОВЕДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ТУРОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ДНР

Беседина Е.И., Мельник В.А., Демкович О.О., Каленчук Н.Л., Лянник В.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Республиканский центр СЭН ГСЭС МЗ ДНР

Донецкий городской центр Республиканского Центра СЭН ГСЭС МЗ ДНР

Министерство здравоохранения ДНР

**Резюме.** В работе обоснована необходимость проведения дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита у детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет 11 месяцев 29



дней на территории Донецкой Народной Республики и проанализированы некоторые ее итоги. Основной причиной проведения дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита явился низкий уровень коллективного иммунитета против полиомиелита среди детей дошкольного возраста и угроза ухудшения эпидемической ситуации по этому заболеванию в связи с возможностью заноса дикого вируса полиомиелита с территории Украины. Проведенная дополнительная туровая иммунизация позволила повысить охват прививками против полиомиелита среди детей дошкольного возраста, в целом по ДНР, до 96,6%.

**Ключевые слова:** полиомиелит, дополнительная иммунизация, дети дошкольного возраста, вакцинация

**Введение.** К 2000 г. эпидемический надзор за острыми вялыми параличами (ОВП) на большинстве территорий Земного шара соответствовал требованиям ВОЗ. Регистрировался каждый активно выявленный случай паралитического полиомиелита, а суммарный показатель за год не превышал 3500. Наблюдаемая заболеваемость паралитическим полиомиелитом в 2000 г. составляла лишь 1 % от заболеваемости этой инфекцией в 80-х годах. В последующие годы этот показатель продолжал снижаться. При этом, число стран, где регистрировалась циркуляция "дикого" штамма полиовируса (WPV), уменьшилось с 125-ти в 1988 г. до 9-ти - в 2002 г. [1, 2].

Для дальнейшего поддержания статуса территории, свободной от полиомиелита было необходимо поддерживать на необходимом уровне иммунизацию детей, осуществлять эпидемиологический надзор за полиовирусами, включающий выявление и полноценное обследование всех случаев заболеваний, подозрительных на полиомиелит и проводить адекватные противоэпидемические мероприятия в случаях завоза полиомиелита.

**Цели и задачи.** Целью работы явилось обоснование необходимости проведения дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита у детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет 11 месяцев 29 дней на ее территории, а также изучение итогов ее проведения в ноябре, декабре 2015 г. и в марте 2016 г.

**Материалы и методы.** Авторами были проанализированы результаты проведения эпидемиологического надзора за полиомиелитом за 2011-2015 гг. по данным Госсанэпидслужбы МЗ ДНР. Кроме того, были проанализированы итоги трех туров дополнительной иммунизации против полиомиелита у детей дошкольного возраста, которые были проведены на территории г. Донецка и в целом ДНР в ноябре, декабре 2015 г. и в марте 2016 г.

**Результаты исследования.** С 2002 года в Европейском регионе официально было зарегистрировано два случая завоза WPV. Так, в 2010 г. произошла, охватившая еще три страны (в том числе и Российскую Федерацию), вспышка полиомиелита в Таджикистане. Всего с момента начала и до ликвидации этой вспышки было зарегистрировано свыше 400 клинических случаев болезни. Последний зарегистрированный случай полиомиелита, вызванный циркулирующим в естественной среде WPV2 (тип 2), произошел в 1999 г. в Индии. С 10 ноября 2012 г. в мире не было зарегистрировано ни одного случая заражения WPV3 (тип 3).

В начале сентября 2015 г. в Украине года было подтверждено 2 случая

инфицирования цПВВП с наступлением паралича 30 июня и 7 июля 2015 года. Оба случая произошли в Закарпатской области на Юго-Западе Украины, граничащей с Румынией, Венгрией, Словакией и Польшей. На момент наступления паралича одному ребенку было 4 года, а второму - 10 месяцев. По информации ВОЗ активная циркуляция этого вируса в Украине может быть обусловлена недостаточными уровнями охвата детей профилактическими прививками против полиомиелита.

Что касается Донецкой Народной Республики, то на 10.04.2016 г. цПВВП на ее территории не обнаружены.

В качестве примера проведения противоэпидемической работы в отношении предупреждения возможных вспышек полиомиелита на территории г. Донецка в 2013-2015 гг. можно привести следующую информацию.

Запланированные объемы иммунизации против полиомиелита в 2013 г. по г. Донецку были выполнены следующим образом: вакцинация против полиомиелита составила 64,8% от запланированного количества подлежащих прививке детей; ревакцинация полиомиелита в возрасте 18 месяцев - 67,9%; ревакцинация полиомиелита в возрасте 6 лет - 38,4%. В 2013 г. реакций на прививки против полиомиелита не было зарегистрировано.

За 2014 г. выполнение запланированных объемов иммунизации против полиомиелита было явно недостаточно из-за нерегулярных поставок иммунобиологических препаратов, а именно: 3-х кратное введение инактивированной полиомиелитной вакцины (ИПВ) у детей в возрасте до 1 года составило 44,0% от подлежащего количества; введение 4-й дозы ИПВ в возрасте 18 мес. - 43,3%; 5-й дозы оральной полиомиелитной вакцины (ОПВ) в возрасте 6 лет - 28,5%; 6-й дозы ОПВ в возрасте 14 лет - 32,4%. Реакций на прививки против полиомиелита не было зарегистрировано.

В 2015 г. с учетом проведения дополнительной туровой иммунизации план вакцинации против полиомиелита по г. Донецку был выполнен следующим образом: вакцинация против полиомиелита в возрасте до 1 года - 61,0 %; вакцинация против полиомиелита в возрасте 1 год и старше - 309,8 %; ревакцинация против полиомиелита в возрасте 18 месяцев - 177,6 %; ревакцинация против полиомиелита в возрасте старше 2-х лет - 1041,0 %; ревакцинация против полиомиелита в возрасте 6 лет - 87,0 %; ревакцинация против полиомиелита в возрасте 14 лет - 33,9 %.

В ноябре 2015 г. в ходе первого тура вакцинировано было 37898 человек 88,7 % от запланированного объема (в т.ч. ОПВ - 28954 детей, ИПВ - 8944 детей), в декабре 2015 г. в ходе второго тура вакцинировано 40669 детей 94,2% (в т.ч. ОПВ - 38159 детей, ИПВ - 2510 детей). Реакций на прививки против полиомиелита не было зарегистрировано.

Высокие цифры выполнения (перевыполнение) плана иммунизации против полиомиелита в 2015 г. по г. Донецку обусловлены недостаточным поступлением начиная с 2012 года полиомиелитной вакцины в регион за счет срыва централизованных поставок Министерством здравоохранения Украины. Это привело к формированию довольно большой группы лиц, не имеющих

защитного титра антител против всех трех типов вируса полиомиелита, что и потребовало срочного проведения туровой иммунизации против этой инфекции детей в возрасте до 5 лет., которая и была проведена в г. Донецке в 2015 г. в 2 тура.

Таблица 1. Итоги 3-х туров дополнительной иммунизации против полиомиелита, проведенной в ноябре, декабре 2015 г. и в марте 2016 г., в целом по ДНР

Сроки проведения прививок	План прививок	Выполнение	% охвата
1 тур - ноябрь 2015 г.	100233	89976	85,9 %
2 тур – декабрь 2015 г.	97939	92058	94,0 %
3 тур – март 2016 г.	90515	87477	96,6 %

Решением проблемы стало проведение дополнительной туровой иммунизации против полиомиелита, для которой использовалась ИПВ «Полиорикс» производства GlaxoSmithKline и ОПВ российского производства.

В таблице 1 представлены результаты 3-х туровой дополнительной иммунизации против полиомиелита проведенной в ноябре, декабре 2015 г. и в марте 2016 г., в целом по ДНР.

Медицинские отводы от вакцинации составили – в первом туре 3,2%, во втором туре - 2,4 % и в третьем туре - 1,2%; отказы от вакцинации составили в первом туре – 1,3 %, во втором туре – 1,0 % и в третьем туре - 0,8% от всех подлежащих вакцинации детей. Прочие причины отводов от прививок имели место в первом туре – 9,5 %, во втором туре - 2,5 %, в третьем туре - 1,3 %.

В таблице 2 представлена информация о неблагоприятных событиях, которые имели место после иммунизации детей против полиомиелита.

Таблица 2. Информация о неблагоприятных событиях, которые имели место после иммунизации детей против полиомиелита во время проведения дополнительной туровой иммунизации

	Сделано прививок	Местные реакции		Общие реакции	
		Всего	в т.ч. сильных	Всего	в т.ч. сильных
ОПВ	173885	2	0	22 (0,01 %)	0
Полиорикс, серия 21360715	28602	10 (0,03 %)	0	21 (0,07 %)	1

Осложнения на введение вакцины не зарегистрированы.

**Выводы.** Угрожающая эпидемическая ситуация по полиомиелиту в Донецкой Народной Республике создавала серьезные предпосылки для возможности заноса вируса паралитического полиомиелита на ее территорию и требовала необходимость срочного проведения дополнительной иммунизации против полиомиелита в 2015-2016 гг., которая включала 3 тура прививок длительностью 5-6 дней каждая с интервалом 1 месяц.

Иммунизация против полиомиелита в рамках туров дополнительной

вакцинации была проведена у 96,6% детей в возрасте от 3 месяцев до 5 лет 11 месяцев 29 дней, проживающих на территории ДНР. В целом, прививки используемыми для туровой иммунизации вакцинами детьми переносились хорошо, местные и общие реакции не выходили за допустимый уровень, осложнений на введение иммунобиологических препаратов зарегистрировано не было.

### **Литература**

1. Expanded programme on Immunization (EPI)//WHO. - 1993. - July, № 8.
2. Облапенко Г., Steve Wassilak, Липская Г. Программа ВОЗ по ликвидации полиомиелита на земле: Ликвидация полиомиелита в Европейском регионе//Материалы научной конференции. Актуальные проблемы медицинской вирусологии. - М., 1999. - С. 44.

#### SOME OF THE RESULTS OF THE ADDITIONAL TOUR POLIO IMMUNIZATION IN CHILDREN OF PRESCHOOL AGE IN DPR

Besedina, E.I., Melnik V.A., Demkowicz O.O., Kalenchuk N.L., Lyannik V.A.

M.Gorky Donetsk National Medical University

The Republican center for sanitary and epidemiological supervision of the State sanitary-epidemiological service of the Ministry of health DPR

Donetsk city center the Republican Center for sanitary and epidemiological supervision of the State sanitary-epidemiological service of the Ministry of health PR

The Ministry of health, DPR, Donetsk

**Summary.** the article substantiates the need for additional tour polio immunization in children aged 3 months to 5 years 11 months 29 days on the territory of Donetsk people's Republic and analyzed some of its results. The main reason for additional tour polio immunization has been low level of collective immunity against polio among children of preschool age and the threat of deterioration of the epidemiological situation on this disease in connection with possibility of introduction of wild poliovirus from the territory of Ukraine. Tour conducted additional immunization have improved the vaccination coverage against polio among children of preschool age, in General, the DNI, up to 96, 6%.

**Keywords:** polio, supplementary immunization, pre-school children, vaccination.

УДК: 16.127-003.826-053.2:616.5-007-053.1

#### СЛУЧАЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ LEOPARD

Бордюгова<sup>1</sup> Е.В., Пшеничная<sup>1</sup> Е.В., Дубовая<sup>1</sup> А.В., Конов<sup>2</sup> В.Г., Сысоева<sup>2</sup> Н.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького<sup>1</sup>

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака<sup>2</sup>

**Резюме.** Синдром LEOPARD – редкое заболевание, наследуемое по аутосомно-доминантному типу, возникновение которого в 85% случаев вызвано миссенс-мутациями в гене RPTN11. Основные проявления синдрома: lentigo (мелкие пигментные пятна коричневого или черного цвета.), ECG (аномалии ЭКГ), ocular hypertelorism (глазной гипертелоризм), pulmonic stenosis (стеноз легочной артерии)/гипертрофическая кардиомиопатия, abnormalities of genitalia (аномалии гениталий), retardation of growth (отставание роста), и deafness (глухота). В статье приведен анализ литературных данных и представлено собственное наблюдение прогрессирующего течения гипертрофической кардиомиопатии у пациента 16 лет с синдромом LEOPARD.

**Ключевые слова:** синдром LEOPARD, гипертрофическая кардиомиопатия.

Кардиомиопатия определяется как гетерогенная группа заболеваний миокарда, ассоциированная с механической и/или электрической дисфункцией, обычно сопровождающаяся гипертрофией миокарда или дилатацией камер сердца [1, 4, 6]. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) – наследственное заболевание миокарда, распространенность которого среди взрослого населения составляет 1 : 500 (0,2 %) [7, 10]. В детском возрасте ГКМП у 26% больных является признаком наследственного синдрома, из которых 8% случаев приходится на нервно-мышечные заболевания, по 9% – на врожденные нарушения метаболизма и врожденные полиорганные синдромы. У 74% пациентов заболевание считается идиопатическим [8, 10].

Анализ особенностей клинического течения, данных лабораторных и инструментальных методов обследования с учетом сопутствующей патологии позволили нам диагностировать синдром LEOPARD у пациента с ГКМП.

**Цель работы:** ознакомить врачей разных специальностей с особенностями течения гипертрофической кардиомиопатии у ребенка с синдромом LEOPARD.

**Методы.** анализ литературных данных, анамнестических сведений, особенностей клинического течения заболевания и сопутствующей патологии.

**Результаты.** Согласно литературным данным, синдром LEOPARD (МКБ-Х: Q87.8) – редкое заболевание, наследуемое по аутосомно-доминантному типу.

Синдром LEOPARD (СЛ) имеет множество альтернативных названий и акронимов (синдром Cardiocutaneous, Cardiomyopathic lentiginosis, Lentiginosis, ECG conduction abnormalities, Ocular hypertelorism, Pulmonary stenosis, Abnormal genitalia, mental physical Retardation and Deafness, OMIM 151100; синдром Нунан с множественными лентиго, СНМЛ, Noonan Syndrome with Multiple Lentigines – NSML) [2].

Название синдрома составлено из заглавных букв названий симптомов, входящих в его состав: lentigo (мелкие пигментные пятна коричневого или черного цвета), ECG (аномалии ЭКГ), ocular hypertelorism (глазной гипертелоризм), pulmonic stenosis (стеноз легочной артерии), abnormalities of genitalia (аномалии гениталий), retardation of growth (отставание роста), и deafness (глухота) [2, 5].

В 85% случаев возникновение синдрома вызвано миссенс-мутациями в гене RPTN11. Наблюдается различие кардиологических проявлений СЛ с локализацией замены внутри гена. Как правило, мутации в 7 и 12 экзонах сочетаются с ГКМП, а в 8 экзоне – со стенозом легочной артерии. Другие генетические формы СЛ связаны с мутациями в генах семейства протоонкогенов RAF1 и BRAF [3].

Фенотипически СЛ проявляется наличием множественных лентиго, которые имеют вид плоских, черно-коричневых пигментных пятен 1-5 мм в диаметре, располагающихся обычно на шее и верхней части туловища. Лентиго становятся заметными на коже с первых месяцев или лет жизни и достигают к пубертатному возрасту многих тысяч. В некоторых случаях появлению лентиго

предшествуют пятна цвета «кофе с молоком» [2].

Для СЛ характерно электрокардиографические изменения: вертикальная ось сердца; прогрессирующие с возрастом нарушения проводимости. У 85% пациентов с СЛ диагностируют гипертрофическую кардиомиопатию; у 50% больных – стеноз клапана легочной артерии или стеноз аорты, которые можно выявить уже в грудном возрасте [5, 7, 8].

Пациенты с СЛ часто отстают в физическом развитии (рост ниже 3-й процентиля), наблюдается у 25% пациентов, а в 85% случаев конечный рост не превышает 25-й процентиля. Однако при рождении масса тела и рост, как правило, в норме.

Аномалии гениталий при СЛ включают крипторхизм, гипоспадию, иногда агенезию или гипоплазию гонад, гипогонадизм. У некоторых больных описаны случаи умеренной умственной отсталости [2].

Критериями клинического диагноза является наличие множественных лентиги и 2 других симптомов; в тех случаях, когда нет лентиги – 3 симптомов и отягощенный семейный анамнез (хотя бы один родственник первой степени родства с синдромом LEOPARD) [8].

Диагноз СЛ может быть поставлен пренатально, особенно при обнаружении левосторонней гипертрофической кардиомиопатии у плода. Для проведения генетического анализа необходимы кровь, ворсинки хориона или амниотическая жидкость [9].

Приводим собственное наблюдение. Пациент Сергей Д., 15 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке.

**Анамнез заболевания.** Подросток наблюдается с первого года жизни. В 10-месячном возрасте над областью сердца выслушан систолический шум, в 1 год 2 мес при эхокардиографии (ЭхоКГ) выявлен врожденный порок сердца (ВПС) – стеноз устья аорты, в выходном отделе левого желудочка мембрана на 3 мм от аорты, градиент на аортальном клапане ( $\Delta p$ ) – 39,5 мм. рт. ст. На электрокардиограмме (ЭКГ) – гипертрофия левого желудочка (ЛЖ). В 3-х летнем возрасте градиент на клапане аорты составлял 50 мм рт. ст. От предложенного оперативного лечения родители воздержались. К 5-летнему возрасту градиент на аортальном клапане увеличился до 60 мм рт. ст., появилась недостаточность аортального клапана I ст. Была проведена операция по устранению субаортального стеноза. На ЭхоКГ в послеоперационном периоде  $\Delta p$  на аортальном клапане – 17,0 мм. рт. ст. В 7-ми летнем возрасте развился рестеноз аорты. На ЭхоКГ – состояние после устранения субаортального стеноза в 2005 г.,  $\Delta p$  в выносящем тракте левого желудочка – 70 мм рт. ст.; недостаточность аортального клапана I ст., гипертрофия ЛЖ (задняя стенка ЛЖ – 0,8 см, межжелудочковая перегородка – 0,8 см); КДО – 53,3 мл, КСО – 17,9 мл, ФВ – 66%. Проведена повторная операция – устранение субаортальной мембраны. На ЭхоКГ в послеоперационном периоде  $\Delta p$  на аортальном клапане – 16,7 мм. рт. ст., КДО – 53 мл. В послеоперационном периоде получал  $\beta$ -адреноблокатор эгилек. Через год после кардиохирургической коррекции развился синдром вегетативной дисфункции

синусового узла, в связи с чем, эгилок отменен. По данным ЭхоКГ установлено повторное нарастание градиента давления в выводном тракте ЛЖ: состояние после устранения субаортального стеноза в 2005 г. и 2007 г., асимметричная гипертрофия межжелудочковой перегородки до 1 см на расстояние 1,5 см от субаортальной мембраны, Δр в выводном тракте ЛЖ 32-34,6 мм рт. ст. Гиперкинез миокарда левого желудочка. КДО – 74 мл, ФВ – 79%. Пациент наблюдался кардиохирургом и кардиологом, получал курсы кардиотрофической и нейрометаболической терапии.

В возрасте 15-и лет при проведении ЭхоКГ констатировано увеличение градиента давления в выводном тракте ЛЖ до 83,8 мм. рт. ст. После нагрузки (20 приседаний) Δр в выводном тракте ЛЖ – 103,6 мм. рт. ст. Недостаточность аортального клапана I-II ст.; недостаточность митрального клапана I ст.; КДО – 102,0 мл; ФВ ЛЖ – 77%; давление в легочной артерии – 22,4 мм рт. ст.; гипертрофия миокарда ЛЖ, умеренная дилатация ЛЖ.

На ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 48 ударов в мин (уд/мин). Атриовентрикулярная диссоциация, узловый замещающий ритм с частотой сокращения желудочков 48 уд/мин. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Одиночные предсердные экстрасистолы.

В 15,5 лет ребенку проведена оперативная коррекция ВПС – иссечение субаортальной мембраны, миоектомия выходного отдела левого желудочка в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии. При ревизии ЛЖ выходной отдел сужен за счет гипертрофии межжелудочковой перегородки. Выполнена миоектомия выходного отдела ЛЖ шириной 9-10 мм на глубину 8-10 мм протяженностью 30 мм в проекции комиссуры между коронарными створками.

При гистологическом исследовании в фрагментах стенки ЛЖ обнаружен очаговый фиброз эндокарда с чередованием дистрофически измененных и гипертрофированных кардиомиоцитов, слабовыраженная диффузная лимфоцитарная инфильтрация.

По данным ЭхоКГ после операции максимальный градиент давления в выводном тракте ЛЖ 28 мм рт. ст. Регургитация на аортальном клапане I-II степени. Регургитация на митральном клапане I-II степени. ФВ ЛЖ – 65%.

Пациенту рекомендован прием эгилока по 12,5 мг 2 раза в день в течение 6 месяцев.

**Анамнез жизни.** Ребенок родился от VI беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 16 нед., гестозом I половины, на фоне хронической внутриутробной гипоксии. От II родов в срок, осложненных преждевременным излитием околоплодных вод. Масса при рождении – 3250,0 г, длина тела – 53,0 см, оценка по шкале Апгар – 7-7 баллов. На искусственном вскармливании с 2 мес, получал коровье молоко. С 2,5 мес выраженные проявления атопического дерматита в стадии экземы. В последующем диагностирован ихтиоз. С 6 лет наблюдается окулистом, выявлена колобома радужки слева и дистрофические изменения сетчатки слева. Расходящееся косоглазие.

Пациент умеренно отставал в физическом развитии. Привит по календарю.

В семейном анамнезе: у отца, двоюродных братьев по линии отца, у их детей ихтиоз. У матери – желчнокаменная болезнь, у бабушки по материнской линии – инфаркт миокарда, у дедушки по материнской линии – дважды инфаркт миокарда, инсульт.

**Объективно.** Общее состояние средней тяжести. Физическое развитие низкое, гармоничное. Кожные покровы смуглые. На шее, туловище и верхних конечностях множество мелких 1-5 мм пятен темного цвета (лентигиноз), на передней брюшной стенке пятно кофейного цвета 5×6 см. Кожные покровы сухие, на ладонях и стопах утолщенные. На тыльной поверхности кистей, стоп, на голених мелко-пластинчатое шелушение. На наружной поверхности плечей – фолликулярный кератоз. Мышечный тонус умеренно снижен, имеют место «крыловидные» лопатки, кифосколиоз грудного отдела позвоночника, плоскостопие.

Аускультативно – дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы.

Границы сердца: правая – на 1 см снаружи от правого края грудины, верхняя – верхний край III ребра, левая – на 1,5 см снаружи от левой среднеключичной линии. Над областью сердца выслушивался систолический шум. ЧСС: 64 уд/мин стоя, 45-56 уд/мин лежа. Пульсация на периферических артериях удовлетворительная. Артериальное давление – 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень определяется на 2 см ниже реберной дуги. Селезенка: не пальпируется. Стул и диурез в норме.

В отделении пациент обследован.

**Холтеровское мониторирование ЭКГ:** ЧСС днем средняя – 66 уд/мин; минимальная – 41 уд/мин, максимальная – 148 уд/мин; ЧСС ночью средняя – 49 уд/мин, минимальная – 40 уд/мин, максимальная – 91 уд/мин; ЧСС при нагрузках – 115 уд/мин, минимальная – 86 уд/мин, максимальная – 148 уд/мин. Брадикардия днем. ЧСС ночью в пределах возрастной нормы. В течение суток субмаксимальная ЧСС достигнута (72% от максимально возможной для данного возраста). Синусовый ритм в течение времени наблюдения, с ЧСС от 40 до 148 уд/мин (средняя – 62 уд/мин). Толерантность к нагрузке "низкая". Вариабельность ритма сердца сохранена.

**Чреспищеводная электрокардиостимуляция.** Точка Венкебаха 180 имп/мин. Время восстановления функции синусового узла max 1300 мсек (N<1600 мсек). Программированная стимуляция: эффективный рефрактерный период АВ соединения 280 мсек (N 260-380 мсек). Чередование ритма из АВ соединения с эпизодами синусового ритма, ЧСС 56 уд/мин. Полная блокада левой ножки пучка Гиса. Дисфункция синусового узла.

**Дуплексное сканирование магистральных артерий.** Умеренная экстравазальная компрессия позвоночных артерий в сегменте V2. Умеренное ускорение кровотока по сонным артериям

**На рентгенограмме** шейного отдела позвоночника: нестабильность С6, С7.

**Электроэнцефалограмма (ЭЭГ):** на фоновой ЭЭГ регуляторные



изменения. Дисфункция срединных образований. Признаков пароксизмальной активности не выявлено.

**УЗИ щитовидной железы:** увеличена, эхогенность повышена, зернистая неоднородная. Явления хронического тиреоидита.

**Консультация невропатолога:** цефалгия напряжения.

**Консультация ортопеда:** нестабильность шейного отдела позвоночника.

**Консультация окулиста:** диски зрительных нервов бледно-розовые, границы четкие, сосуды полнокровны. OD-гиперметропия слабой степени. Амблиопия. OS-смешанный астигматизм, колобома радужки, дистрофия сетчатки.

Таким образом, пациенту был выставлен диагноз:

«Синдром LEOPARD: врожденный порок сердца – субаортальный стеноз, состояние после операций иссечения субаортальной мембраны, миоэктомии выходного отдела левого желудочка в 2005, 2007, 2015 г. Гипертрофия миокарда и дилатация полости левого желудочка. Недостаточность аортального клапана II степени. Недостаточность митрального клапана I степени. Недостаточность трикуспидального клапана I ст. Вегетативная дисфункция синусового узла, брадикардия. Блокада левой ножки пучка Гиса. ХСН IIА.

Лентигиноз. Вульгарный ихтиоз.

OS-смешанный астигматизм. OD-гиперметропия слабой степени. Амблиопия, колобома радужки, дистрофия сетчатки.

Задержка физического развития.

Цефалгия напряжения на фоне вертебробазилярной недостаточности».

**Выводы.** Правильная оценка фенотипических признаков синдрома LEOPARD позволяет своевременно диагностировать у пациента патологию сердца – ВПС и/или гипертрофическую кардиомиопатию, назначить адекватное лечение, составить прогноз и предупредить возможные осложнения заболевания.

### **Литература**

1. Амосова Е. Н. Классификация кардиомиопатий: рекомендации рабочей группы по заболеваниям миокарда и перикарда Европейского общества кардиологов / Е. Н. Амосова, Л. А. Ткаченко // Серце і судини. – 2009. – № 2. – С. 18-24.

2. Белозеров Ю.М. Детская кардиология (наследственные синдромы) / Ю. М. Белозеров – Элиста : ЗАОр «НПП «Джангар», 2008. – 400 с.

3. Букаева А. А. Разработка ДНК-диагностики «по требованию» на примере синдрома LEOPARD с гипертрофической кардиомиопатией / А. А. Букаева, В. А. Румянцева, Л. И. Ризун и др. // Тезисы VIII Международной научно-практической конференции «Внезапная смерть: от оценки риска к профилактике». Бюллетень ФЦСКЭ им. В. А. Алмазова. Приложение 2, сентябрь, 2012. – С. 4-5.

4. Карманные рекомендации Европейского общества кардиологов (ESC) Диагностика и лечение гипертрофической кардиомиопатии / Perry M. Elliott и др. // 2014. – [www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines).

5. Ризун Л. И. Прогрессирующая гипертрофическая кардиомиопатия при синдроме LEOPARD / Л. И. Ризун, Т. С. Воронина, Ю. В. Фролова и др. // Хирургия. – 2012. – № 12. – С. 56-61.

6. Нагорная Н.В. Первичная гипертрофическая кардиомиопатия у детей / Н. В. Нагорная, Е. В. Бордюгова, Н. Н. Конопко и др. // Здоровье ребенка. – 2013. – №1 (44). – С. 120-125.

7. Туральчук М. В. Гипертрофическая кардиомиопатия в структуре врожденных полиорганных синдромов у пациентов раннего детского возраста / М. В. Туральчук, Г. А. Новик, А. Я. Гудкова // Вопросы современной педиатрии – 2011. – Т. 10, № 3. – С. 166-169.

8. Туральчук М. В. Алгоритмы дифференциальной диагностики гипертрофической кардиомиопатии и ее синдромов / М. В. Туральчук, Г.А.Новик, А. Я. Гудкова // Педиатр. – 2013. – Т. 4, №3. – С. 82-85.

9. ФаАссен М. В. RAS-патии: синдром Нунан и другие родственные заболевания. Обзор литературы / М. В. ФаАссен // Проблемы эндокринологии. – 2014. – № 6. – С. 45-52.

10. Wilkinson James D. et al. The Pediatric Cardiomyopathy Registry: 1995-2007 // Prog. Pediatr. Cardiol. – 2008. – Vol. 25 (1). – P. 31-36.

#### CASE OF MAKING PROGRESS HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY FOR CHILD WITH SYNDROME OF LEOPARD

Bordyugova<sup>1</sup> E.V., Pshenichnaya<sup>1</sup> E.V., Dubovaya<sup>1</sup> A.V., Konov<sup>2</sup> V.G., Syisoeva<sup>2</sup> N.L.

M. Gorky Donetsk national medical university

V.K. Husak Emergency and Reconstructive Surgery Institute

**Summary.** LEOPARD syndrome is a rare multiple congenital anomalies condition, mainly characterized by skin, facial and cardiac anomalies. LEOPARD is an acronym for the major features of this disorder, including multiple Lentiginos, ECG conduction abnormalities, Ocular hypertelorism, Pulmonic stenosis/hypertrophic cardiomyopathy, Abnormal genitalia, Retardation of growth, and sensorineural Deafness. The article contain our observation of progressive course of hypertrophic cardiomyopathy in a patient 16 years with LEOPARD syndrome.

**Key words:** LEOPARD syndrome, hypertrophic cardiomyopathy.

УДК 616.314-089.23-002-036.11-036.4]085:681.7.047[546.33+546.41]'161

#### ПРИМЕНЕНИЕ ЛАКА, СОДЕРЖАЩЕГО ФТОРИД НАТРИЯ И ФТОРИД КАЛЬЦИЯ, ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА У ПАЦИЕНТОВ, НАХОДИВШИХСЯ НА ОРТОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ

Дегтяренко Е.В., Ермакова И.Д., Кириенко М.Д.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра стоматологии детского возраста

**Резюме.** Проведена оценка эффективности лака «Ftoroplen» для лечения острого начального кариеса у пациентов, находившихся на ортодонтическом лечении несъемной аппаратурой. Доказано положительное влияние лака на гигиеническое состояние полости рта, снижение площади и интенсивности деминерализации кариозных пятен.

**Ключевые слова:** кариес, ортодонтическое лечение, несъемная аппаратура, «Ftoroplen», ремтерапия.

Кариес зубов является ведущей стоматологической проблемой. Данные эпидемиологических обследований свидетельствуют о том, что его распространенность достигает 90-99%. Кариес характеризуется деминерализацией и разрушением твердых тканей зуба с последующим образованием дефекта в виде кариозной полости [1, 2]. Вопрос кариозных

поражений у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении, стоит остро. Использование несъемной ортодонтической аппаратуры ухудшает гигиену полости рта, нарушает процессы минерализации эмали зубов, способствуя тем самым развитию кариозного процесса [3]. Довольно часто у пациентов, находящихся или ранее находившихся на лечении у ортодонтотв с применением брекет-систем, развивается кариес, в частности, острый начальный.

Начальный кариес (кариозное пятно) является первой и единственной обратимой формой кариозного процесса [1, 4]. Основная тактика лечения острого начального кариеса заключается в реминерализующей терапии. Под реминерализацией понимают восстановление апатитов эмали за счет минеральных компонентов ротовой жидкости или вследствие воздействия на эмаль специальных средств [1, 2]. Использование фтора с целью профилактики и лечения начальной формы кариеса получило многочисленные научные обоснования. Фтор замещает гидроксипатит на фторпатит, который обладает повышенной стойкостью к воздействию повреждающих факторов [5].

Высокая распространенность начальных форм кариеса у пациентов, находившихся на ортодонтическом лечении несъемной аппаратурой, делает актуальным вопрос поиска наиболее эффективных средств его лечения.

**Цель исследования:** изучить клиническую эффективность лака «Ftoroplen» при лечении острого начального кариеса у пациентов, находившихся на ортодонтическом лечении несъемной аппаратурой.

**Материалы и методы.** Нами было обследовано 28 пациентов в возрасте от 16 до 20 лет. Все пациенты завершили ортодонтическое лечение несъемной техникой 1-3 месяца назад. У всех обследованных пациентов был диагностирован острый начальный кариес. Клиническое обследование полости рта проводили по стандартной схеме с заполнением индивидуальной карты, определением значения индекса КПУ. Для оценки состояния гигиены полости рта использовали упрощенный индекс гигиены полости рта ОНI-S (Green-Vermillion) в начале исследования и после проведения курса лечения. Всех пациентов обучали индивидуальной гигиене полости рта.

Кариозное пятно оценивали визуально по следующим параметрам: цвет и размеры пятна, блеск поверхности, площадь очага деминерализации [1, 4]. Для диагностики острого начального кариеса и оценки интенсивности деминерализации, помимо визуального метода, был использован метод витального окрашивания 2% водным раствором метиленового синего. Окрашивание проводилось по общепринятой методике: поверхность зубов предварительно очищали, обрабатывали раствором перекиси водорода, высушивали, затем зубы изолировали от слюны и наносили раствор красителя на 2-3 минуты, затем краситель смывали водой. Поврежденная эмаль при остром начальном кариесе окрашивалась в голубой цвет разной интенсивности. Степень окрашивания оценивали по 10-бальной шкале синего цвета Аксамит. При этом, чем интенсивнее окрашивание эмали зуба, тем тяжелее степень ее деминерализации [1].

Лечение кариеса в стадии меловидного пятна нами осуществлялось с помощью реминерализующей терапии. В зависимости от используемого для ремтерапии препарата пациенты были распределены на 2 группы по 14 человек в каждой. В 1 группе (контрольной) ремтерапия осуществлялась в 20 зубах с острым начальным кариесом с помощью Фторлака на основе натурального пихтового бальзама. У пациентов 2 группы (основной) лечение острого начального кариеса в 24 зубах заключалось в применении лака «Ftoroplen» (Latus, Украина). «Ftoroplen» – однокомпонентный лак на основе биологически индифферентных полимеров, содержащий фторид натрия и фторид кальция, способствующий восстановлению зубной эмали и предохраняющий зубы от развития кариеса, устраняющий гиперчувствительность зубов.

Покрытие зубов лаком проводили в условиях стоматологического кабинета. На предварительно очищенную с помощью щетки и пасты всю поверхность зуба (включая кариозное пятно) наносили слой лака равномерно при помощи кисточки или аппликатора, подсушивали воздухом в течение 1,5-2 минут. В течение двух часов после манипуляции пациентам не рекомендовалось принимать пищу. Курс покрытия лаком составлял 4 сеанса через 5 дней. Пациентов осматривали до лечения и через 5 дней после последнего сеанса покрытия зубов лаком, проводили визуальную оценку кариозного пятна и процедуру витального окрашивания.

**Результаты исследования.** Исходный показатель индекса ОНI-S в 1 группе составил в среднем  $2,57 \pm 0,11$  балла, во 2 группе –  $2,64 \pm 0,16$ , что соответствует плохой гигиене полости рта. При первичном осмотре пациентов обеих групп очаги деминерализации эмали были белого цвета с нечеткими границами, эмаль была лишена блеска. До исследования в обеих группах меловидные пятна окрашивались в синий цвет: в 1 группе –  $6,70 \pm 0,12$  балла, а во второй группе –  $6,75 \pm 0,23$ .

После завершения курса реминерализующей терапии в 1 группе наблюдалось улучшение гигиенического состояния до  $1,79 \pm 0,15$  балла, что соответствует неудовлетворительному индексу гигиены. Во 2 группе этот показатель составил  $1,29 \pm 0,20$  балла, что позволило оценить гигиеническое состояние как удовлетворительное.

После проведенного курса лечения у 50% пациентов 1 группы и 100 % детей 2 группы отмечалось восстановление блеска эмали в области очагов деминерализации. Площадь очагов деминерализации у пациентов 1 группы уменьшилась в 1,1 раза, у пациентов 2 группы показатель уменьшился в среднем в 1,5 раза. Динамика изменения показателя интенсивности окрашивания кариозных пятен по 10-бальной шкале во 2 группе так же оказалась значительно более положительной, чем в 1 группе. Так в 1 группе после лечения интенсивность окрашивания составила в среднем  $4,50 \pm 0,22$  балла, во 2 группе –  $3,92 \pm 0,28$  балла, что почти в 1,72 раза меньше исходного показателя.

**Выводы.** Проведенное исследование показало высокую эффективность лака «Ftoroplen» при лечении острого начального кариеса у пациентов,

находившихся на ортодонтическом лечении несъемной аппаратурой. Об этом свидетельствует значительное улучшение показателя гигиены полости рта, уменьшение площади очагов и интенсивности деминерализации кариозных пятен.

### **Литература**

1. Терапевтическая стоматология детского возраста : учебник / Л. А. Хоменко [и др.] ; под ред. Л. А. Хоменко, Л. П. Кисельниковой. – К. : Книга-плюс, 2013. – 859 с.
2. Полевая Н. П. Профилактика кариеса и лечение его начальных форм метом реминерализации / Н. П. Полевая, Н. Б. Елисеева // Стоматолог. – 2004. – № 3. – С. 34-39.
3. Ткаченко Ю. В. Прогнозирование очаговой деминерализации эмали у пациентов с несъемной ортодонтической техникой в свете объективизации эмалевой резистентности / Ю. В. Ткаченко, Р. Б. Слободской // Вісник стоматології. – 2011. – № 2. – С. 61-63.
4. Минченя О. В. Применение GC «Tooth Mousse» для лечения начального кариеса у детей / О. В. Минченя, М. И. Кленовская // Стоматология детского возраста и профилактика стоматологических заболеваний : материалы VII научно-практической конференции с международным участием, Москва – Санкт-Петербург, 16 мая 2011 г. – М., 2011. – С. 111-114.
5. Максимовский Ю. М. Основы профилактики стоматологических заболеваний / Ю. М. Максимовский. – М., 2005. – С. 101.

#### VARNISH APPLICATION WITH SODIUM FLUORIDE AND CALCIUM FLUORIDE, FOR THE TREATMENT OF ACUTE INITIAL CARIES IN PATIENTS ON ORTHODONTIC TREATMENT

M. Gorky Donetsk National Medical University  
Pediatric Dentistry Department  
Degtyarenko E.V., Yermakova I.D., Kiriyyenko M.D.

**Summary.** The effectiveness of varnish «Ftoroplen» for initial caries treatment, in patients keeping an orthodontic treatment (bracket-system) was evaluated. The positive effect of varnish is proven due to reduced area and intensity of carious demineralization stains.

**Keywords:** dental caries, orthodontic treatment, bracket-system, varnish «Ftoroplen», remineralization.

УДК 616.31-083-053.4:615.468.2

#### ПРИМЕНЕНИЕ ДЕНТАЛЬНЫХ САЛФЕТОК ДЛЯ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ

Дегтяренко Е. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра стоматологии детского возраста

**Резюме.** Изучены данные различных источников о составе и свойствах дентальных салфеток, представленных на фармацевтическом рынке. Салфетки просты и удобны в использовании, эффективны, безопасны и универсальны. Результаты проведенного нами анкетирования родителей позволили установить положительные отзывы о применении салфеток для гигиены полости рта у детей. Дентальные салфетки могут использоваться для эффективного ежедневного гигиенического ухода за полостью рта ребенка до 3 лет.

**Ключевые слова:** индивидуальная гигиена полости рта, дентальные салфетки, дети.

Личная гигиена полости рта является основой местной профилактики болезней зубов, пародонта и слизистой оболочки полости рта [1]. В настоящее время выпускается множество разнообразных предметов и средств индивидуальной гигиены полости рта (ИГПР): зубные щетки, зубные пасты и порошки, интердентальные и жидкие средства, жевательные резинки [1, 2]. Это позволяет обеспечить дифференцированный подход к выбору средств для каждого пациента в зависимости от его стоматологического статуса, возраста и индивидуальных особенностей [2]. Уникальным средством гигиены полости рта являются дентальные салфетки. Они удобны для ухода у самых маленьких пациентов (до прорезывания зубов и в период молочного прикуса) и могут служить альтернативой зубной щетке [3-5]. Однако стоматологи недостаточно информированы о салфетках и редко рекомендуют их пациентам.

**Целью** данного исследования явилось сравнение состава и свойств дентальных салфеток различных видов, представленных на современном рынке, анализ анкет-опросников родителей, применявших их у своих детей, для оценки опыта применения этих средств и их популяризации.

**Материал и методы.** Нами были изучены и проанализированы инструкции к различным дентальным салфеткам, представленным на рынке средств ИГПР, рекламные проспекты к ним, информация, представленная на сайтах компаний-производителей и/или дистрибьюторов данной продукции, результаты клинических испытаний и исследований, находящиеся в свободном доступе в сети Интернет, по изучению их эффективности и безопасности.

Для оценки опыта применения дентальных салфеток нами были разработаны и проанализированы анкеты-опросники для родителей, использовавших салфетки для гигиены полости рта своих детей в возрасте до 3 лет. С помощью анкеты выясняли источник информации о дентальных салфетках, какие салфетки применяли у маленьких пациентов. Родителям предлагали оценить простоту и удобство использования, эффективность и безопасность салфеток, реакцию ребенка на их применение.

**Результаты и их обсуждение.** При анализе данных сети Интернет и онлайн-магазинов, так как именно там, в основном, реализуются салфетки, мы выявили несколько лидирующих брендов: дентальные салфетки «Spiffies. Tooth Wipes», салфетки «Зубкичистки» для гигиены полости рта «Sun Herbal», влажные салфетки для чистки зубов и ротовой полости у детей «Асепта baby» в виде напальчника.

Салфетки для гигиены полости рта «Spiffies» производятся в США на фабрике компании Span Packaging Services. Продаются они в индивидуальной упаковке поштучно или в упаковке по 10-20 штук. Эти салфетки можно применять у новорожденных и детей до трех лет, дети более старшего возраста и взрослые также могут их использовать. Они выпускаются с 3 натуральными ароматами: винограда, яблока, манго. «Spiffies» гипоаллергенны: натуральные душистые вещества, выделенные из фруктов и ягод, не содержат компонентов белковой природы, способных вызывать аллергические реакции. Правила

пользования этими салфетками просты: следует разорвать индивидуальную упаковку и развернуть дентальную салфетку, обернуть ее вокруг указательного пальца, прижимая салфетку большим пальцем, протереть малышу зубы, десны, внутреннюю поверхность щек и язык.

Для сравнительного изучения эффективности применения зубных салфеток «Spiffies» и зубных щеток для детей в возрасте от 8 до 15 месяцев с высоким риском развития кариеса проводились клинические испытания. Было установлено, что оба средства: и детская салфетка, и обычная зубная щетка являются безопасными и значительно снижают количество налета на молочных зубах. Родителям и детям больше нравились зубные салфетки, нежели обычная чистка зубов щеткой, особенно после ночного кормления [3].

Влажные одноразовые салфетки в форме напальчника с ксилитом «Зубкичистки» производятся компанией Си энд Тех Корпорэйшн (Корея). Они предназначены для детей в возрасте от 0 до 6 лет, в упаковке 12 салфеток. Для детей от 7 лет и взрослых компания выпускает салфетки «Зубычистки». «Зубкичистки» представляют собой тканевой стерильный напальчник, пропитанный специальным составом. Ингредиенты, входящие в состав салфеток для детей и взрослых, безопасны, гипоаллергенны и разрешены к употреблению в пищу. Среди веществ, которыми пропитаны салфетки, содержится ксилит, который задерживает рост кариесогенных бактерий, нормализует pH слюны, придает салфеткам приятный вкус. Ксилит в сочетании с д-сорбитом оказывают длительный противокариозный эффект и способствуют реминерализации эмали. Кроме того, «Зубкичистки» пропитаны витамином А, экстрактом зеленого чая, отваром органического риса и органического ячменя. Эти вещества оказывают кератопластический, мягкий противовоспалительный и дезинфицирующий эффекты. Салфетки «Зубкичистки» и «Зубычистки» не содержат консервантов, спирта, красителей, пенообразующих компонентов и не требуют после применения полоскания полости рта водой. Важным преимуществом является то, что данные салфетки выпускаются как с различными вкусами, так и без вкуса и запаха. Салфетки применяют следующим образом: необходимо вскрыть упаковку, снять с напальчника защитную пленку, одеть его на указательный палец и осуществить очищение полости рта, зубов и массаж десен.

«Зубкичистки» рекомендуется использовать:

- после каждого приема пищи, а также грудного и искусственного кормления для профилактики кариеса;
- для снятия боли при прорезывании зубов;
- после "сладких перекусов";
- при отсутствии зубной щетки под рукой (например, в детском саду, в дороге);
- для выработки привычки чистить зубы.

Благодаря содержанию в салфетках противовоспалительных и дезинфицирующих веществ в показаниях к применению есть такие важные пункты как профилактика стоматитов и удаление "творожистого" налета при

кандидозе полости рта [4].

Производителем влажных салфеток «Асепта baby» от 0 до 3 лет в виде напальчника является ЗАО «Вертекс» (Россия). В упаковке 12 напальчников в индивидуальных саше. В пропитке этих салфеток, также как и в салфетках «Зубкичистки» содержится ксилит. В салфетках «Асепта baby» содержится пантотенат кальция, участвующий в реминерализации детских зубов, а так же экстракты ромашки и гамамелиса, которые оказывают противовоспалительное, успокаивающее, смягчающее и увлажняющее действие на слизистую оболочку ротовой полости. Рекомендации к использованию салфеток «Асепта baby», схожи с показаниями других салфеток:

- после приёма пищи и искусственного кормления;
- для массажа дёсен при прорезывании зубов;
- при невозможности почистить зубы зубной щёткой (вне дома и т. д.).

Применение «Асепта baby» аналогично салфеткам «Зубкичистки» [5].

Следует отметить, что любыми салфетками осуществлять гигиену полости рта у детей до 3 лет может только взрослый. Ни в коем случае нельзя позволять ребенку пользоваться салфетками самостоятельно!

После изучения состава и свойств различных салфеток, нами был проведен анализ 200 анкет-опросников родителей. Следует отметить, что информированность родителей о дентальных салфетках крайне низкая. Из 200 опрошенных родителей только 19 (9,50%) применяли это средство у своих детей. Большинство родителей применяли салфетки не систематически, однократно, использовав 1-2 упаковки, так как не могли их приобрести. Лишь 5 (26,32%) родителей из 19 применяли салфетки для обработки полости рта у детей регулярно. Все родители, которые применяли дентальные салфетки, узнали о них не от стоматолога, а читая Интернет форумы. Только 1 (5,26 %) родитель узнал о салфетках благодаря тому, что пробники шли в комплекте с детскими подгузниками «Sun Xerbal».

Все родители в анкетах о дентальных салфетках употребляли такие эпитеты как «чудо», «волшебные», что подчеркивает положительные эмоции детей и родителей при их использовании. Родители отмечали удобство и простоту использования салфеток в дневное и ночное время, подчеркивали их эффективность. Они обращали внимание на то, что при использовании зубной щетки в области прорезывающихся зубов иногда травмировалась десна ребенка, а при применении мягкой тканевой салфетки этого не происходило. Родители отмечали возможность безопасного массажа десен салфетками в области прорезывающихся зубов, что действовало успокаивающе на малыша. Бесценна салфетка в условиях неумения ребенка полоскать рот. Ни у одного ребенка не было отмечено отрицательных эмоциональных и аллергических реакций на салфетки.

#### **Выводы.**

Детские зубные салфетки являются эффективным средством для удаления зубного налета, просты и удобны в использовании, особенно имеющие форму напальчника, безопасны и универсальны. Использование



салфеток возможно как днем, так и ночью, так как не прерывает ночной сон младенца. Салфетки хорошо воспринимаются детьми. На основании этих данных дентальные салфетки могут быть рекомендованы для ежедневного гигиенического ухода за полостью рта ребенка в возрасте до 3 лет.

### **Литература**

1. Профилактика стоматологических заболеваний: учебное пособие для студентов 3 курса стоматологического факультета / Л. А. Хоменко [и др.]. – Киев: Книга плюс, 2007. – Часть 1. – 128 с.
2. Профилактическая коммунальная стоматология: практическое руководство / под ред. С. Н. Гаражи, Н.Н. Гаражи. – Ставрополь: изд-во СтГМУ, 2015. – 204 с.
3. Spiffies. ToothWipes. Дентальные салфетки [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://spiffies.ru>.
4. Organic&Natural Baby. Забота, рожденная природой [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.organicnatural.ru/main/detskaya-gigiena/teeth-care-sun-herbal>.
5. Асепта для детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://deti.asepta.ru/vlazhnie\\_salfetky/](http://deti.asepta.ru/vlazhnie_salfetky/).

### **APPLICATION OF DENTAL WIPES FOR ORAL HYGIENE IN CHILDREN UP TO 3 YEARS**

M. Gorky Donetsk National Medical University

Pediatric Dentistry Department

Degtyarenko E.V.

**Summary.** Some findings in various sources about the composition and properties of dental wipes, represented in the pharmaceutical market were studying. Dental wipes are simple and easy to use, effective, and versatile. The results of our questionnaire survey of parents showed positive feedback about the use of dental wipes for oral hygiene in children. Dental wipes can be used for efficient daily hygiene of oral care a child up to 3 years.

**Keywords:** individual oral hygiene, dental wipes, children.

УДК 613.955:616-053.5

### **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УСПЕВАЕМОСТИ В ШКОЛЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБРАЗА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Завертайло А.С., Вакуленко С.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра пропедевтики педиатрии

**Резюме.** Актуальность данной работы обусловлена тем, что в современном обществе все сложнее формировать здоровое население, начиная со среднего детского возраста.

**Ключевые слова:** здоровый образ жизни, школьный возраст.

Эпидемиологические исследования показали снижение общего уровня физического развития детей за последние 15-20 лет. Малоподвижный образ жизни в школьном возрасте предрасполагает к повышенному риску ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний [1].

**Цель исследования:** определить состояние здоровья детей в период школьного возраста вследствие снижения физической нагрузки.

**Методы:** в исследование включили 37 учеников общеобразовательной школы I-III ступеней № 49 г. Донецка, в возрасте от 8 до 12 лет. Всех детей

разделили на 2-е возрастные группы: I группа 8-10 лет (начальная школа), II группа 11-12 лет (средняя школа). По численности группы были почти равнозначны и составили 19 человек и 18 человек соответственно. Были составлены анкеты, которые включали в себя следующий список вопросов: посещение кружков любой направленности, посещение спортивно направленных кружков, ежедневные прогулки на свежем воздухе, время, проведенное за компьютером, успеваемость в школе (отличник, хорошист, троечник), утомляемость, бессонница. Также мы определяли массу тела путем взвешивания детей и оценивали результаты с помощью центильных таблиц.

**Результаты.** В ходе опроса было установлено, что 42 % (n=8) I группы посещают «кружки» различной направленности во внеурочное время, а во II группе «кружки» посещают 55,5 % (n=10) детей. Причем, лишь 21 % (n=4) детей младшего школьного возраста (I группа) и 27,7 % (n=5) детей среднего школьного возраста (II группа) посещают спортивно направленные «кружки».

Также было отмечено, что лишь 57 % (n=11) детей в возрасте 8-10 лет (I группа) ежедневно совершают прогулки на свежем воздухе в то время, как более старшие дети, а значит, и более самостоятельные, бывают на свежем воздухе намного чаще - 83 % (n=15) детей ежедневно гуляют на улице. В то же время 52 % (n=10) детей I группы и 50 % (n=9) детей II группы проводят после школы за компьютером 3 и более часов своего свободного времени.

Мы провели анализ успеваемости детей в школе, чувство утомления на протяжении всего дня и нарушения сна у детей исследуемых групп по данным предложенного опросника. Было определено, что утомляемость у детей I группы составила 68 % , т.е. 13 детей из 19 , в то время, как у детей II группы данный показатель не превысил 50 % (n=9). По данным нашего опроса выявлено, что 52 % (n=10) детей I группы имеют проблемы с засыпанием и 47 % (n=9) детей - во II. Изучая успеваемость детей, мы получили такие результаты: I группа состояла из 63 % (n=12) хорошистов, 26 % (n=5) отличников и 10 % (n=2) троечников. Во II группе было 27% детей (n=5), получающих удовлетворительные оценки, 67% (n=12) - с хорошим уровнем знаний, и 6 % (n=1) - отличников.

Так как малоподвижный образ жизни нередко приводит к избыточной массе тела. Мы произвели измерение массы тела и полученные результаты оценили с помощью центильных таблиц. Было установлено, что больше трети детей младшего школьного возраста (36,8 % , n=7) имеют массу тела выше среднего (P 75-90), а 10,8 % (n=2) детей данной группы (I) имеют высокий показатель массы тела (P 90-97). Несколько ниже данные показатели у детей II группы, что может быть связано как с периодом второго вытяжения, который начитается в 11 лет, так и с более активным образом жизни в связи с появлением большей самостоятельности. Так, лишь у 22,2 % (n=4) детей данной группы показатель массы тела был выше среднего (P 75 - 90) и у 1 ребенка (5,6 %) - показатель массы тела был расценен, как высокий (P 90-97). Однако полученные результаты можно расценить не только, как следствие малоподвижного образа жизни, но и в связи с периодом второго округления,

который приходится на возрастной период 8-10 лет.

### **Выводы.**

Проанализировав полученные результаты анкетирования и взвешивания, мы пришли к следующему:

- дети младшего школьного возраста несколько реже, чем дети среднего школьного возраста посещают внешкольные учреждения («кружки»), что может быть связано с тем, что родители не имеют возможности водить своих еще несамостоятельных детей на дополнительные занятия;

- спортивно направленные кружки посещают лишь около половины «кружковцев» в обеих возрастных группах;

- также мы выявили тенденцию, что младшие школьники меньше проводят времени на свежем воздухе, что может быть объяснено отсутствием полной самостоятельности и гиперопекой со стороны родителей;

- дети младшего школьного возраста чаще, чем дети постарше имеют проблемы с засыпанием, несмотря на более выраженную утомляемость, что может быть следствием дефицита прогулок на свежем воздухе и длительным пребыванием у компьютера (3 и более часов);

- успеваемость в обеих возрастных группах была приблизительно одинаковой, однако в младшем школьном возрасте было больше детей с отличной успеваемостью, что можно связать с наличием большего контроля в подготовке домашних заданий со стороны родителей;

- как следствие малоподвижного образа жизни и проведения свободного времени у компьютера дети страдают избытком массы тела, что может повлечь за собой не только проблемы со здоровьем, но и ухудшение качества жизни в целом.

### **Литература**

1. Ричард Е. Берман. Педиатрия по Нельсону / Ричард Е. Берман, Роберт М. Кликман, Хол Б. Дженсон // Рид Элсивер совместно с издательством «Медицинское Информационное Агенство», 17-е издание. Том 1. 2009 г.

#### EVALUATION OF THE HEALTH AND ACHIEVEMENT IN SCHOOL DEPENDING ON THE WAY OF LIFE IN CHILDREN OF SCHOOL AGE

Zavertaylo A.S., Vakulenko S.I.

M. Gorky Donetsk National Medical University

Department of Propedeutics of Pediatrics

**Summary.** The relevance of this work is due to the fact that more and more difficult to form a healthy population, ranging from an average of childhood in modern society.

**Keywords:** healthy lifestyle, school age.

УДК 616.39-056.5-21.3-056.7-053.2

#### НАСЛЕДСТВЕННЫЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С ПЕРВИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОЖИРЕНИЯ

Зуева Г.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Изучено влияние наследственности и данных анамнеза на формирование первичного ожирения II и III степени у 46 детей и подростков. У обследованных детей

отягощенная наследственность по ожирению регистрировалась более чем в половине случаев. Отмечено значительное преобладание детей, родившихся с массой тела более 4100г среди пациентов с III степенью ожирения. Манифестация ожирения наступала в возрасте 3 лет. Выявлены высокие значения средней прибавки массы тела детей в год, предшествующей обращениям и более выраженными значениями данного показателя у детей при ожирении III степени.

**Ключевые слова:** ожирение, наследственность, анамнез, дети.

Ожирение является одной из важных медико-социальных проблем современного общества, что определяется, в первую очередь, ростом заболеваемости. Кроме того, ожирение может быть причиной кардиологических (артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца), эндокринных (сахарный диабет 2 типа) и других заболеваний (остеоартриты), способствующих снижению качества жизни, являющихся причиной инвалидизации и преждевременной смерти. Увеличение числа детей, страдающих ожирением, не всегда связано с внешними факторами и особенностями образа жизни (гиподинамия, нерациональное питание), но во многом может быть обусловлено наследственным влиянием.

**Цель исследования.** Уточнение влияния наследственных факторов и отдельных анамнестических сведений на формирование прогрессирующих форм ожирения II-III степени у детей и подростков.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находились 46 детей и подростков с прогрессирующими формами ожирения II-III степени. В возрасте 7-16 лет, имеющие индекс массы тела (ИМТ) более 95-го перцентиля. Клиническое обследование включало антропометрию: вес, рост, ИМТ (отношение массы тела (МТ) в кг к росту в м<sup>2</sup>), оценку степени тяжести ожирения. Анализировали медицинскую документацию: амбулаторные карты, истории болезни.

**Результаты и их обсуждение.** У детей с ожирением II степени (1-я группа) отягощенная наследственность отмечена по материнской линии у 7% пациентов, по отцовской – у 8%.обследованных Наличие ожирения у обоих родителей отмечено у 10% детей. У детей с III степенью ожирения (2-я группа) отягощенная наследственность по материнской линии зарегистрирована у 17,3% обследованных, по отцовской – 12,6%, ожирение у обоих родителей установлено в 23,3% случаев. Полученные данные свидетельствуют о существенной частоте ожирения у родителей детей, имеющих более высокие значения ИМТ.

Распределение детей с учетом величины МТ при рождении показало, что в 1 группе количество детей с массой менее 2700г было 3,1% и более 4100г – 5,2%. Во 2 группе выявлено увеличение числа детей с высокой МТ при рождении – 24,2%. Полученные результаты свидетельствуют о преобладании детей с крупной МТ при рождении среди пациентов с ожирением III степени. Средний возраст начала избыточной прибавки МТ составил 5,6±3,3 года для детей 1 группы и 6,3±3,8 года во 2 группе. Численность детей, начавших избыточно прибавлять в массе тела нарастала с увеличением возраста, достигая

максимальной частоты в группе старше 6,5 лет; эта тенденция особенно отчетливо прослеживалась у детей с ожирением III степени.

По данным анамнеза прибавка МТ за год, предшествующий настоящему обследованию составила в 1-й группе  $9,2 \pm 4,3$  кг, во 2-й группе –  $11,4 \pm 6,5$  кг. Данные показатели существенно превышают известные нормативы по динамике прироста массы тела за год, согласно которым в младшем школьном возрасте (7-11 лет) средняя прибавка в массе тела составила 2,6 кг и в старшем школьном возрасте (12-17 лет) – 4,5 кг.

**Выводы.** Таким образом, в семьях тучных детей отягощенная наследственность по ожирению регистрировалась более чем в половине случаев, что является дополнительным подтверждением причастности наследственных механизмов к реализации данной патологии. Распределение обследованных детей с учетом величины МТ при рождении показало статистически значимое преобладание детей, родившихся с крупной МТ более 4100г, среди пациентов с III степенью ожирения.

В рассматриваемых группах не выявлено существенных различий средних значений прибавки МТ за год, предшествующий обращению за специализированной медицинской помощью, 9,2-11,4 кг; наряду с этим отмечена тенденция к увеличению числа детей с нарастанием массы тела более 15 кг за год при III степени ожирения.

### Литература

5. Петеркова В.А. Ожирение у детей и подростков.– Доктор. Ру. – 2010. - №1. – С. 10–16.

6. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Бутрова С.А., Савельева Л.В. Ожирение в подростковом возрасте (результаты российского эпидемиологического исследования). Терапевтический архив. – 2007. – №10. – С. 28 – 32.

7. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. – 3-е изд. СПб.: Фолиант, 2009. – 1008 с.

8. Красноперова О.И., Смирнова Е.Н., Чистоусова Г.В. Факторы, способствующие формированию ожирения у детей и подростков.// Ожирение и метаболизм. – 2013. – №1. – С. 19 – 21.

### HEREDITARY AND ANAMNESTIC FEATURES IN CHILDREN WITH PRIMARY FORMS OF OBESITY

Zuyeva G.V.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The influence of hereditary and anamnestic factors on the onset of progressive obesity, grades II-III, was studied in 46 children. More than a half of obese children were hereditary tainted. The significant preponderance of children with birth weight over 4,1 kg was revealed in patients with obesity grade III. Weak positive correlation between birth weight and obesity grade was established. High value of the weight gain the year before visiting a doctor was revealed. The percentage of children, having high values of the annual weight gain, tends to increase in patients with obesity grade III.

**Key words:** obesity, heredity, anamnesis, children.

## ГОЛОВНАЯ БОЛЬ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Зуева Г.В., Фролова И.Е.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Городская детская клиническая больница №1, г. Донецк

**Резюме.** Головные боли (ГБ) являются одним из частых болевых синдромов в детском и подростковом возрасте. В большинстве случаев наблюдаются первичные ГБ – мигрень и ГБ напряжения. ГБ часто являются симптомом патологии сердечно-сосудистой и вегетативной систем у детей и подростков. У пациентов с ГБ часто встречаются синкопальные состояния, что необходимо учитывать при выборе терапии.

**Ключевые слова:** головная боль, синкопальные состояния, дети, подростки.

Головные боли – одна из частых жалоб, с которой больные обращаются к врачу. Показатели распространенности ГБ у детей школьного возраста варьирует от 5,9 до 82%. При этом у большинства пациентов наблюдается первичная ГБ – мигрень и ГБ напряжения. ГБ часто является симптомом патологии сердечно-сосудистой и вегетативной систем у детей. Одной из частых сопутствующих жалоб у пациентов с ГБ являются жалобы на боли в области сердца, ощущения перебоев в работе сердца. ГБ могут сочетаться с тахи- и брадикардией, повышенной утомляемостью, эмоциональной лабильностью. Причиной возникновения таких жалоб в большинстве случаев являются тревожные или депрессивные расстройства, которые входят в категорию «Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы».

Другой частой жалобой у больных с ГБ являются синкопальные состояния. Выделяют вазовагальные или нейрокардиогенные синкопы, которые наиболее часто встречаются у детей и подростков. Вазовагальный обморок характеризуется артериальной гипотензией, брадикардией, изменением дыхания и сознания в связи с циркуляторной гипоксией. Вазовагальные обмороки являются самым частым вариантом кратковременной потери сознания и составляют по данным различных авторов 37-58% от общего числа синкопальных состояний.

Вазовагальным синкопе в большинстве случаев предшествуют головокружение, потемнение в глазах, звон в ушах, ощущение падения и потери сознания. Среди провоцирующих факторов могут встречаться эмоциональные реакции в виде страха, испуга, тревоги. Провоцирующим фактором может выступать не только само событие, но и ожидание этого события. Причинами, способствующими возникновению синкопального состояния, являются длительное нахождение в вертикальном положении, пребывание в душном помещении, жаркая погода, усталость, длительные промежутки между приемом пищи.

Склонность к вазовагальным синкопе может иметь генетическую предрасположенность за счет наследования особенностей регуляции вегетативной нервной системы. Прослеживается отчетливое сходство с наследственной предрасположенностью к возникновению мигрени. У больных

с мигренью, как и у пациентов с вазовагальными синкопе, в многочисленных исследованиях показано усиление парасимпатических влияний (Тюрина Т.В., Шустов С.Б.).

В развитии вазовагальных синкопе можно выделить три периода. Пресинкопальный – период предвестников, продолжается от нескольких секунд до нескольких минут. В этот период головная боль (по данным Шустова С.Б.) зарегистрирована у 96% пациентов, головокружение у 45%, кардиалгии у 35%, общая слабость у 50% пациентов, ощущение нехватки воздуха у 35% пациентов. Период собственно синкопе характеризуется отсутствием сознания длительностью от 5 секунд до 4-5 минут. Во время обморока больные бледнеют, отмечаются локальный или общий гипергидроз, редкое дыхание, падение артериального давления. В 90% случаев продолжительность обморока не превышает 22 секунды. В постсинкопальном периоде практически все пациенты испытывают недомогание, слабость, головную боль, головокружение. Как правило, обмороки сочетаются с мигренозными головными болями. Кроме того, у этих больных обращает внимание выраженная неустойчивость вегетативных реакций, сосудистого тонуса.

Сочетание ГБ и синдрома постуральной ортостатической тахикардии также указывает на общие особенности регуляции вегетативной нервной системы в генезе этих состояний. Синдром постуральной ортостатической тахикардии – состояние, возникающее вследствие непереносимости ортостатического положения и характеризующееся увеличением ЧСС более 120 уд/мин или более 30 уд/мин от исходной величины ЧСС при перемене положения тела из горизонтального в вертикальное, сопровождающееся тахикардией, сердцебиением, ГБ, предобморочным состоянием. Однако при этом не возникает вегетативной гипотензии.

В заключение следует отметить, что сочетание вегетативных нарушений и первичных ГБ у детей и подростков может быть обусловлено различными причинами и требует целенаправленного диагностического поиска. При курации пациентов с цефалгией в педиатрии должен быть мультидисциплинарный подход, в терапии важно учитывать причину заболевания и современные подходы к фармакотерапии боли.

### **Литература**

1. Тюрина Т.В. Особенности нейрокардиогенных обмороков разных типов у больных с нарушениями регуляции артериального давления. //Вестник аритмологии. – 2005; (37). – С. 14–19.

2. Джанашия П.Х., Шевченко Н.М. Синкопальные состояния. – М.: Оверлей, 2004. – 140 с.

3. Будаханова Н.Ю., Делягин В.М., Хондкарян Г.Ш. Распространенность и особенности клинических проявлений первичных головных болей у школьников. Педиатрия. – №1. – С. 138 – 140.

4. Шустов С.Б. Синкопальные состояния в клинической практике. – СПб.: «ЭЛБИС-СПб», 2009. – 336 с., илл.

## HEADACHE AND VEGETATIVE DISORDERS IN CHILDREN

Zuyeva G.V., Frolova I.E.

M. Gorky Donetsk national medical university

Children's Clinical Hospital №1, Donetsk

**Summary.** Headaches (HA) are one of the most common pain syndromes in childhood and adolescence. In most cases, primary HA are diagnosed: migraine and tension HA. HA becomes often a symptom of cardiovascular and vegetative disorders in children and adolescents. Somatoform cardiovascular disorders, syncopes frequently occur in patients with HA.

**Key words:** headache, syncope, children, adolescents.

УДК 616.94-053.34

## МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОНЯТИЯ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Линчевский Г.Л., Головки О.К., Есакова О.Р.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Кафедра педиатрии и неонатологии ФИПО

**Резюме.** Незрелая иммунобиологическая реактивность организма преждевременно родившихся детей, высокий риск генерализации инфекции с развитием перинатального сепсиса, полиморфизм клинической картины, ставит на первое место в диагностическом алгоритме системный воспалительный ответ организма.

**Ключевые слова:** неонатальный сепсис, системная воспалительная реакция, синдром системного воспалительного ответа.

### Определение сепсиса:

**Сепсис** - это бактериальное инфекционное заболевание с ациклическим течением, наличием очага гнойного воспаления и/или бактериемии, системной воспалительной реакции организма и полиорганной недостаточности.

При анализе этого определения становится понятным, что ни наличие очага гнойного воспаления, ни бактериемия, ни полиорганная недостаточность сами по себе не могут послужить надежным диагностическим критерием сепсиса, так как встречаются и при других тяжелых инфекционных заболеваниях у новорожденных практически с равной частотой. Единственным надежным критерием сепсиса является сочетание указанных выше проявлений с наличием системной воспалительной реакции (СВР).

### Определение системной воспалительной реакции:

**СВР** имеется при наличии либо одного признака из группы гемограммы + не менее одного другого, либо не менее, чем одного признака из трех разных групп.

Далее представлены справочные материалы для решения вопроса о наличии СВР:

- деление признаков СВР на группы,
- формула для подсчета нейтрофильного индекса,
- критерии применения терминов.

### Группы признаков СВР

#### I группа (нарушение терморегуляции)



$t > 38^{\circ}\text{C}$

$t > 37^{\circ}\text{C}$

$t < 36^{\circ}\text{C}$

### **II группа (группа гемограммы)**

Лейкоцитоз

Лейкопения

Нейтрофилез

Нейтропения

Увеличение количества палочкоядерных форм

Нейтрофильный индекс  $< 0,2$

Нейтрофильный индекс  $> 0,4$

Токсическая зернистость нейтрофилов

### **III группа (ДВС)**

Тромбоцитопения и другие признаки ДВС синдрома.

### **IV группа (метаболические нарушения)**

Глюкоза  $> 6,5$  ммоль/л

Глюкоза  $< 2$  ммоль/л

Мочевина  $> 8$  ммоль/л (в возрасте  $> 3$  суток)

### **V группа (белки острой фазы)**

Повышение СРБ

**Формула для подсчета нейтрофильного индекса:**

*(общее число нейтрофилов) - (число незрелых форм нейтрофилов)*  
*(общее число нейтрофилов)*

(Использовать только абсолютные значения показателей)

### **Критерии применения терминов, касающихся патологии гемограммы**

За них были приняты данные, предложенные Н.П. Шабаловым (1999):

Показатель	Возраст ребенка	Значение, при котором правомочно использовать соответствующий показатель ( $\times 10^9$ /л)
Лейкоцитоз:	1-2 дня	$> 30\ 000$
	3-7 дней	$> 20\ 000$
	$> 7$ дней	$> 15\ 000$
Лейкопения:		$< 5000$
Нейтрофилез:	1-2 дня	$> 20\ 000$
	3-7 дней	$> 7000$
	$> 7$ дней	$> 6000$
Нейтропения:	1-2 день	$< 5000$
	3-7 день	$< 2000$
	$> 7$ дней	$< 1750$
Увеличение количества палочкоядерных форм	1-2 дней	$> 5000$
	с 3 дня	$> 2000$

Подозрение на наличие инфекционного процесса,  
SIRS/SER (ССВО)

**Основные положения**

**Определения:** Классификация инфекционного процесса:

*Клинические проявления инфекции:* SIRS = Systemic inflammatory response syndrome (англ.). SER = Systemische Entzündungsreaktion (нем.). ССВО = синдром системного воспалительного ответа.

*Сепсис:* возможно выделение возбудителя из крови.

*Септический шок:* Сепсис с гипотензией, дефицит доставки нутриентов (особенно O<sub>2</sub>) всем органам.

**Патогенез ССВО:** Симптоматика сепсиса возникает в результате выраженного экссудативного компонента с активацией цитокинов (напр. ФНОα, ИЛ-1, ИЛ-6 и др.) на фоне бактериальной инфекции и незрелого клеточного иммунитета. Высвобождение цитокинов происходит под влиянием большого количества различных патогенных факторов, к которым относятся стрессовые реакции (напр, затяжные роды), асфиксия, травматические повреждения тканей, оперативные вмешательства. Вследствие этого клинические симптомы инфекционного процесса очень неспецифичны, однако имеют высокую чувствительность.

*Данные анамнеза*

*Беременность и роды:*

➤ Инфекции мочевыводящих путей во время беременности, вызванные стрептококками группы В.

➤ Безводный период > 18 часов, раннее начало родовой деятельности или преждевременные роды < 37 недель, околоплодные воды зеленого цвета, затяжные роды.

*Обратите внимание:* Эти данные заслуживают особого внимания при микробиологическом подтверждении наличия в вагинальном секрете стрептококка группы В.

➤ Хориоамнионит: лабораторные данные матери: СРБ > 20 мг/л, количество лейкоцитов > 15/нл, температура тела > 38°C, околоплодные воды неприятного запаха, а также наличие родовой деятельности, несмотря на проведение токолитической терапии.

➤ Тахикардия у плода около 180 уд/мин или наличие децелераций на КТГ как признак фетальной инфекции.

Клинические признаки системной бактериальной инфекции у новорожденного ребенка:

**Общее состояние:** «Ребенок выглядит больным»; «Ребенок мне сегодня совсем не нравится»; слабо сосет; гипотермия или лихорадка; температурный градиент > 2° между температурой ядра (определяется в межпопачочной области при положении ребенка на спине) и стопы; повышенная чувствительность к прикосновению.

**Сердечно-сосудистая система:** тахикардия 180 уд/мин (в том числе и до рождения); бледность; централизация кровообращения с плохой кожной

перфузией; время капиллярного заполнения  $> 3$  с; артериальная гипотензия.

**Дыхание:** апноэ, стонущее дыхание, диспноэ, тахипноэ, ретракции грудной клетки; повышенная потребность в кислороде у доношенного новорожденного ребенка.

**Кожные покровы и мягкие ткани:** бледность, цианоз; петехии; желтуха; отеки; гнойничковые высыпания, абсцессы, омфалит, паронихии; гиперемия кожи в местах уколов или по ходу стояния катетера.

**Желудочно-кишечный тракт:** отказ от пищи; вздутый живот, рвота, замедленный пассаж по ЖКТ; запор, диарея; отсутствие кишечного шума при аускультации.

**Центральная нервная система:** летаргия или повышенная возбудимость; мышечная гипо- или гипертония; повышенная чувствительность к прикосновению; судороги, напряженные роднички.

**Обмен веществ:** гипо- или гипергликемия; метаболический и респираторный ацидоз; повышение уровня лактата; желтуха; холестаза.

**Поздние симптомы:** желтуха; увеличенная печень; тромбоцитопения, петехии; коагулопатия потребления; шок, гипотензия.

**Клиническая картина** может развиваться молниеносно. Позднее начало терапии благоприятствует развитию осложнений или летальному исходу. Поэтому еще на стадии неспецифических симптомов ССВО необходимо немедленное начало антибактериальной терапии.

*Однако:* Любая антибактериальная терапия способствует селекции высокорезистентных штаммов, которые в последующем могут быть причиной нозокомиальной инфекции. В связи с этим показания к проведению антибактериальной терапии оцениваются ежедневно (на основании уровня СРВ), и ее прекращают как можно раньше.

#### **Диагностика**

- Документирование клинических данных.
- Проведение дифференциальной диагностики.

Лабораторная диагностика не требуется при наличии стрептококка группы В (и других микроорганизмов) в вагинальном секрете матери, отсутствии акушерского риска, а также в случае *клинически здорового ребенка* -> лишь динамическое наблюдение, документация состояния новорожденного ребенка каждые 4 часа на протяжении 48 часов.

#### **Главные критерии выбора антибактериальной терапии:**

- Клиническая оценка состояния больного.
- Определение этиологического возбудителя сепсиса методами современной диагностики и подбор целенаправленных противобактериальных препаратов.
- Оценка состояния иммунитета.
- Оценка фармакокинетики препаратов.
- Знание микробиологического пейзажа лечебного учреждения.
- Учет соотношения «стоимость - эффективность».

Таким образом, по нашему мнению, понимание формирования ответной

реакции организма плода и новорожденного ребенка из группы риска по развитию генерализованной инфекции (особенностей системного воспалительного ответа ) должны быть основой в определении тактики и стратегии в диагностике и лечении сепсиса.

### **Литература**

1. «Неонатология: учебное пособие» / под ред. Знаменской Т.К. - Киев: Ассоциация неонатологов Украины, Макаров: София, 2012. - 644 с .
2. Учебно-методическое пособие «Перинатальный сепсис» / под ред. Шунько Е.Е., Ханес Г.С., Лакша О.Т. – Киев, Рутения – 2001
3. Неонатология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007 - 848 с.
4. Ng P.C. Diagnostic markers for neonatal sepsis / Ng P.C., Lam H. S. // Curr Opin Pediatr, - 2006. - № 18 (2). – PP. 125-131
5. Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) definition and correlation with early-onset bacterial infection of the newborn / N. Hofer, W. Müller, B. Resch // Arch Dis Child Fetal Neonatal, 2010. - №95. – P. 151

#### METHODICAL APPROACHES TO THE DEFINITION OF SEPSIS IN NEWBORNS

Linchevskiy G.L., Golovko O.K., Yesakova O.R.

M. Gorky Donetsk national medical university

Department of Pediatrics and Neonatology of the FIPE

**Summary.** Immature immunobiological reactivity of the organism prematurely born babies, high risk of generalization of infection with the development of perinatal sepsis, polymorphism of the clinical picture, puts on the first place in the diagnostic algorithm of the systemic inflammatory response of the body.

**Key words:** neonatal sepsis, systemic inflammatory response, systemic inflammatory response syndrome.

УДК 616.126-22.6-084-053.2

### ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ДЕТЕЙ (Обзор зарубежной литературы)

Масюта Д.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В обзоре приведены данные о современных аспектах профилактики инфекционного эндокардита у детей. Описаны показания и препараты, рекомендуемые для проведения профилактики инфекционного эндокардита у детей.

**Ключевые слова:** инфекционный эндокардит, профилактика, дети.

В 2007 году Американская Ассоциация Сердца пересмотрела рекомендации по применению антибиотиков перед стоматологическими и хирургическими процедурами для профилактики инфекционного эндокардита (ИЭ), так как современные данные не поддерживают широкое использование антимикробной профилактики. Согласно этим рекомендациям антимикробная профилактика проводится только пациентам, имеющим самый высокий риск неблагоприятного исхода при ИЭ [5]. Эти больные могут быть разделены на четыре группы.

Пациенты с искусственными клапанами или пациенты, у которых для восстановления клапанов использовались синтетические материалы. Эти больные имеют повышенный риск развития ИЭ и более высокую смертность при ИЭ [3].

Пациенты, имеющие в анамнезе предшествующие эпизоды инфекционного эндокардита. Они также имеют повышенный риск развития ИЭ, более высокую смертность при ИЭ, у них чаще развиваются осложнения, чем у больных при первом эпизоде ИЭ.

Реципиенты кардиотрансплантантов, у которых развилась патология клапанов.

Больные с врожденными пороками сердца (ВПС) в следующих случаях: некоррегированные ВПС с цианозом, включая паллиативные шунты и сообщения; полное устранение дефекта с помощью протезного материала или устройства в течение 6 месяцев после операции; коррегированный ВПС с остаточными дефектами в месте или рядом с местом использования протезного материала и протезного устройства [1, 2].

Назначение антибиотиков при упомянутых обстоятельствах рекомендуется при проведении манипуляций, имеющих высокий риск бактериемии с возбудителями, ассоциированными с ИЭ. В общем, при определении необходимости проведения профилактики инфекционного эндокардита необходимо принимать во внимание локализацию манипуляции (полость рта и глотки, респираторный тракт, кожа, кости и мышцы), риск последующей бактериемии, тип колонизирующих микроорганизмов. Антибактериальная профилактика ИЭ больше не рекомендуется при проведении манипуляций в мочеполовой системе и желудочно-кишечном тракте. При всех манипуляциях с высоким риском антибиотики должны быть назначены непосредственно перед процедурой или не позднее двух часов после нее [4].

Педиатры часто сталкиваются с проблемой назначения антибиотиков при стоматологических манипуляциях. Хотя ранее и рекомендовалось проводить профилактику даже при обычной чистке зубов, в настоящее время профилактика назначается только при дентальных процедурах с манипуляциями на гингивальной ткани или при перфорации слизистой оболочки полости рта пациентам из группы высокого риска. В этих случаях рекомендуется использовать амоксициллин внутрь, так как он активен против *Streptococcus viridans* - наиболее вероятного этиологического фактора ИЭ, обнаруживаемого на слизистой оболочке полости рта. Препарат назначается в разовой дозе 50 мг/кг за 30-60 минут до проведения манипуляции. При аллергии к антибиотикам пенициллиновой группы могут быть использованы клиндамицин (20 мг/кг) или азитромицин (15 мг/кг).

### **Литература**

1. Baumgartner H., Bonhoeffer P., De Groot N.M. et al. ESC Guidelines for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010) // Eur. Heart J.- 2010.- Vol.31.- P.2915–2957.

2. Knirsch W., Nadal D. Infective endocarditis in congenital heart disease // Eur. J. Pediatr.- 2011.- Vol.170.- P.1111–1127.
3. Lalani T., Chu V.H., Park L.P. et al. In-hospital and 1-year mortality in patients undergoing early surgery for prosthetic valve endocarditis // JAMA Intern. Med.- 2013.- Vol.173.- P.1495–1504.
4. Leigh Bragg, Ana Alvarez Endocarditis // Pediatrics in Review.- 2014.- Vol.35, 4.- P.162-168.
5. Wilson W., Taubert K.A., Gewitz M. et al. American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee; American Heart Association Council on Cardiovascular Disease in the Young; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group. Prevention of infective endocarditis: guidelines from the American Heart Association: a guideline from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee, Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Council on Clinical Cardiology, Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia, and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group // Circulation.- 2007.- Vol.116, No.15.- P.1736–1754.

#### PREVENTION OF INFECTIVE ENDOCARDITIS IN CHILDREN (The review)

Masyuta D.I.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The review presents data on the current prevention of infective endocarditis in children. Indications and antibiotics recommended for the prevention of infective endocarditis in children are described.

**Keywords:** infective endocarditis, prevention, children.

УДК 616-053.2-021.3-097.1/.3:616.166.391

#### О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕАКЦИИ ИММУНОЛЕЙКОЛИЗА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ВАКЦИНАЛЬНЫЕ И ДРУГИЕ АНТИГЕНЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПУТЕМ ИЗУЧЕНИЯ ВЛИЯНИЯ ПОВЕРХНОСТНО-АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН ЛЕЙКОЦИТОВ

Мельник Ал.В., Мельник В.А., Мельник А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В работе представлены результаты изучения возможности влияния таких неблагоприятных факторов окружающей среды, как поверхностно-активные вещества, растворенные в воде, на рост числа аллергических заболеваний у подростков в критические периоды их развития. Изучена возможность прогнозирования появлений аллергических реакций у детей или подростков путем проведения реакции цитолиза с компонентами современных моющих средств.

**Ключевые слова:** аллергия, реакция на прививку, перекисное окисление липидов, клеточные мембраны, поверхностно-активные вещества, экология.

**Актуальность.** Население Донецкой Народной Республики испытывает

на себе экологический прессинг неблагоприятных факторов окружающей среды - промышленных выбросов и загрязнения питьевой воды. Широкое применение в быту современных синтетических химических соединений, таких как стиральные порошки, жидкие и твердые мыла оказывают вредное воздействие на растущий организм подростков.

Интерес к проблеме обусловлен ростом числа аллергических заболеваний у подростков в критические периоды их развития и роста, вследствие повышения чувствительности к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды (НФОС), например, к поверхностно-активным веществам (ПАВ), растворенным в воде. Наиболее опасным может оказаться воздействие НФОС на подростков в период гормональной перестройки их организма [1, 2].

**Целью работы** является определение возможности прогнозирования появлений аллергических реакций на введение в организм ребенка или подростка вакцин календаря прививок путем проведения проверки состояния стабильности мембран лейкоцитов в реакции цитолиза с компонентами современных моющих средств и наличия скрытого выделения солей щавелевой кислоты с мочой в пробе с хлористым кальцием.

**Материалы и методы исследования.** На первом этапе исследования была проанализирована медицинская и научная литература по вопросам аллергических реакций после проведения прививки. Была разработана анкета и проведено анкетирование подростков с целью выявления кожных проявлений аллергии (в т.ч. и в анамнезе) и сбора анамнеза прививок. Среди подростков было роздано 107 анкет, собрано 92 анкеты, отобрано для последующего анализа 83 анкеты. По результатам анкетирования было отобрано 20 человек разного пола, из которых были сделаны две группы по 10 человек в возрасте от 17 до 18 лет: группа подростков с кожными проявлениями аллергии (в т.ч. и в анамнезе) и контрольная группа (без имеющих проявления аллергии в анамнезе).

На втором этапе исследования у подростков обеих групп с разрешения их родителей во время прохождения планового профосмотра были отобраны образцы крови. Затем был подсчитан процент эозинофилов и количество лейкоцитов в крови, была определена способность последних к цитолизу.

Цитолиз лейкоцитов изучалось путем добавления к 5-ти пробиркам с 0,05 мл крови исследованного по 0,01 мл жидкости из каждой опытной пробирки (контроль, смыв с рук, мыльный раствор в разведении 1 и 5 мл («1 мл» и «5 мл»), раствор шампуня) и инкубации этих пробирок в течение 1 часа в термостате при температуре 37° С. Показатель, превосходивший коэффициент 0,2, считался положительным, если этот показатель был ниже, чем 0,2 – отрицательным.

**Результаты исследования.** Согласно анализа результатов проведенного анкетирования только у 10 из 83 подростков, принявших участие в исследовании, имели место кожные проявления аллергии в момент опроса или в анамнезе, у 9 из 83 обследованных была выявлена картина недостаточного охвата их плановыми прививками. Таким образом, только у 84,2% из всех

опрошенных подростков, согласно анкете, ранее проводились прививки.

По результатам лабораторного обследования подростков средние показатели количества лейкоцитов в контрольной группе почти все были в пределах возрастной нормы или чуть ее превосходили. У подростков группы риска по аллергии показатели количества лейкоцитов в крови достигали нижней границы нормы, что свидетельствует о возможном их разрушении под воздействием негативных факторов. Процент эозинофилов в периферической крови у подростков группы риска превышал в 2 раза аналогичный показатель у подростков контрольной группы.

Показатель цитолиза (ПЦ) с физиологическим раствором в группе риска по аллергии (ГПКА) составил  $0,21^{**}\pm 0,032$ , в контрольной группе (КГ) -  $0,15\pm 0,015$ . ПЦ со смывом с рук: ГПКА -  $0,29^{**}\pm 0,037$ , КГ -  $0,19\pm 0,021$ . ПЦ с раствором мыла «1 мл»: ГПКА -  $0,38^{**}\pm 0,049$ , КГ -  $0,23\pm 0,029$ . ПЦ с раствором мыла «5 мл»:  $0,33^{*}\pm 0,029$   $0,21\pm 0,017$ . ПЦ с раствором шампуня «5 мл»: ГПКА -  $0,34^{**}\pm 0,035$ , КГ -  $0,21\pm 0,018$ . Все ПЦ сравнивались с контролем: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,001$ .

**Выводы.** Проведение перед прививками в лабораторных условиях теста на цитолиз лейкоцитов позволяет прогнозировать у них вероятность негативных аллергических последствий после введения вакцины.

Предложенное скрининговое обследование позволит отобрать группу риска подростков для дальнейшего специфического обследования, а остальным - провести все необходимые прививки, не боясь наступления негативных реакций после вакцинации.

### Литература

1. Чоп'як В.В., Потьомкіна Г.О., Подаваленко А.П. Післявакцинальний імунітет: особливості розвитку та профілактика ускладнень. Методичні рекомендації. –Донецьк: Видавець Заславський О.Ю., 2011. – 40 с.

2. Проблемы мембранной патологии в педиатрии. Сборник научных трудов/Под. ред. Ю.Е. Вельтищева. – Москва, 1984. – 186 с.

THE POSSIBILITY OF USING REACTIONS OF IMMUNOPARALYSIS ALLERGIC TO PREDICT TO PREDICT POSSIBLE ALLERGIC REACTIONS TO VACCINE AND OTHER ANTIGENS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS BY EXAMINING THE INFLUENCE OF SURFACTANTS ON THE FUNCTIONAL-MORPHOLOGICAL PROPERTIES OF THE CELL MEMBRANES OF LEUKOCYTES

Melnik Al.V., Melnik V.A., Melnik A.V.

M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The presents the results of studying influence of such adverse factors of environment, such as surfactants, dissolved in water, the increase in allergic diseases in adolescents during critical periods of their development. Explored the possibility of predicting the occurrences of allergic reactions in children or adolescents by the reaction of cytolysis with the components of modern detergents.

**Key words:** allergy, reaction to vaccination, lipid peroxidation, cell membranes, surfactants, ecology.



## АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КРОВЕНОСНОГО РУСЛА СЕРДЕЦ ДЕТЕЙ С ТЕТРАДОЙ ФАЛЛО

Мурейси К. А, Васильев В. А, Кулиш А. И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра анатомии человека и латинского языка

**Резюме.** В статье рассматривается на 23 препаратах сердечно-легочных комплексов новорожденных и детей грудного возраста с тетрадой Фалло топография венечных артерий и формы кровоснабжения сердца. В ходе изучения было установлено, что у детей с тетрадой Фалло чаще всего присутствует право-венечная форма кровоснабжения сердца (45,5%) и реже равномерная (22,3%) и левовенечная (32,3%) формы. Левая и правая венечные артерии больше ветвятся по магистральному типу нежели по смешанному и рассыпному. Устье венечной пазухи не имеет заслонки. Чаще обширные зоны дренирования миокарда наблюдаются у средней вены сердца, реже у большой вены и задней вены левого желудочка.

**Ключевые слова:** сердце, венечные артерии, форма кровоснабжения.

**Целью** настоящей работы явилось изучение особенностей строения и кровоснабжения стенок желудочковых камер при ВПС (тетраде Фалло).

**Материал и методы.** Нами на 23 препаратах сердечно-легочных комплексов новорожденных и детей грудного возраста с тетрадой Фалло методами анатомического препарирования и коррозии установлены варианты топографии венечных артерий и формы кровоснабжения сердца.

Достижения современной детской кардиологии и кардиохирургии не возможны без фундаментальных исследований. Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре смертности населения и особенно детей первого года жизни [5].

Несмотря на большое количество морфологических исследований сердечно-сосудистой системы детского возраста, еще остаются нерешенными вопросы, касающиеся особенностей строения и кровоснабжения стенок желудочковых камер при ВПС [2].

**Результаты.** Во всех препаратах кровоснабжение сердца осуществлялось правой и левой венечными артериями. Равномерная форма васкуляризации стенок желудочковых камер обнаруживалась в 22,3% случаев, левовенечная форма в 32,3%, а преобладание бассейна правой венечной артерии наблюдали в 45,4% [4].

Устье левой венечной артерии чаще обнаруживали в переднее-левой аортальной пазухе в среднем её отделе на уровне свободного края заслонки, реже оно было смещено кзади. В одном случае устье находилось в задней аортальной пазухе, в другом - оно вообще отсутствовало и кровоснабжение сердца осуществлялось правой венечной артерией. В некоторых наблюдениях устье локализовалось выше пазухи или ниже края заслонки. Длина основного ствола левой венечной артерии колебалась от 7 до 12 мм. Деление артерии на переднюю межжелудочковую и огибающую ветви происходило перед венечной бороздой. При этом передняя ветвь направлялась в одноименную борозду, а огибающая артерия следовала по левому отделу венечной борозды под венечной пазухой к задней межжелудочковой

борозде. [1].

Передняя межжелудочковая ветвь чаще всего ветвилась по магистральному типу. В 30,2% случаев у неё был рассыпной тип и лишь в 17,6% она имела смешанный тип ветвления. При атрезии устья легочного ствола передняя межжелудочковая артерия преимущественно кровоснабжала межжелудочковую перегородку, а также переднюю и боковую стенку левого желудочка. В ряде случаев её бассейн распространялся на диафрагмальную поверхность сердца. При этом её ствол огибал сердечную вырезку и ложился в заднюю межжелудочковую борозду и своими конечными ветвями артериальный сосуд заканчивался в средних отделах задних стенок желудочковых камер. Наличие диагональной артерии наблюдали в 38,5%. Огибающая артерия чаще всего ветвилась по смешанному типу и реже по магистральному или рассыпному типам. [3].

Устье правой венечной артерии овальной формы находилось в передне-правой аортальной пазухе на уровне свободного края полулунной заслонки (69,5%). В 31,3% случаев оно локализовалось посередине пазухи, а в 38,2% наблюдений устье было смещено кпереди или кзади. В некоторых случаях устье располагалось выше аортальной пазухи на 2-3 мм. Ствол правой венечной артерии находился под правым ушком сердца и далее ложился в венечную борозду, давая на своём пути артериальные ветви к передним стенкам правого предсердия и правого желудочка. Следуя по венечной борозде правая венечная артерия чаще всего ветвилась по магистральному типу - 54,5%, в 27,3% случаев у неё был смешанный тип ветвления и лишь в 18,2% присутствовал рассыпной тип. Среди магистральных ветвей правой венечной артерии крупные калибры наблюдались у передней правожелудочковой и правой краевой артериальных сосудов. На диафрагмальной поверхности сердца она чаще не давала заднюю межжелудочковую ветвь, а ветвилась на задней стенке правого желудочка, а её артериальные сосуды достигали и до задней стенки левого желудочка. В некоторых случаях присутствовала короткая задняя межжелудочковая ветвь. В одном наблюдении задняя межжелудочковая артерия являлась ветвью огибающей артерии. В другом наблюдении задняя межжелудочковая артерия была крупного калибра и достигала сердечной вырезки, ветвясь по рассыпному типу. В 21,7% случаев задняя межжелудочковая ветвь правой венечной артерии полностью отсутствовала.

**Выводы.** Таким образом, у детей с тетрадой Фалло чаще всего присутствует право-венечная форма кровоснабжения сердца (45,5%) и реже равномерная (22,3%) и левовенечная (32,3%) формы. Левая и правая венечные артерии больше ветвятся по магистральному типу нежели по смешанному и рассыпному. Устье венечной пазухи не имеет заслонки. Чаще обширные зоны дренирования миокарда наблюдаются у средней вены сердца, реже у большой вены и задней вены левого желудочка.

### Литература

1. Бокерия Л.А., Беришвили И.И. Хирургическая анатомия венечных артерий. - М.: Изд-во НЦССХ РАМН. - 2003.
2. Караськов А.М., Стенин В.Г., Ленько Е.В. Современное состояние

проблемы хирургического лечения тетрады Фалло // Патология кровообращения и кардиохирургия. - 2002. - № 1.

3. Пеклун И.В., Шира А.И. Изменение топографии сосудов сердца при некоторых врожденных пороках сердца // Морфология. - К.: Здоров'я, 1986. - вып. 10.

4. Craatz S., Kunzel E., Spanel-Borowski K. Right-sided aortic arch and tetralogy of Fallot in humans - a morphological study of 10 cases // Cardiovasc. Pathol. - 2003.

5. Tetralogy of fallot: An old disease in the 21 st century, organized on the occasion of the inauguration of the Centre for congenital heart diseases A. Blancquaen Saturday January 18. 2003, Ghent University Hospital // Acta cardiol. - 2004.

#### ANATOMICAL FEATURES BLOODSTREAM HEARTS OF CHILDREN WITH TETRALOGY OF FALLO

Mureisy K.A, Vasilev V.A, Kulish A. I.  
M. Gorky Donetsk national medical university  
Department of Human Anatomy and Latin

**Summary.** The article discusses the 23 drugs cardiopulmonary systems of newborns and infants with tetralogy of Fallo topography of the coronary arteries and the blood supply to the heart shape. During the study it was found that in children with tetralogy of Fallo often present right-coronary blood supply to the heart shape (45.5%) and uniform (22.3%) and left-coronary (32.3%) form. The left and right coronary arteries more branches on the trunk type rather than by mixed and loose. The mouth of the coronary sinus has no flaps. Most extensive drainage area infarction observed in the middle of the heart of Vienna, less frequently in large veins and the left ventricular posterior vein.

**Key words:** heart, coronary arteries , form blood supply.

УДК 616.3-036.12:612.398.3]-053.2+615.834

#### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ФЕРМЕНТООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Налетов А.В., Мацынина Н.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Городская детская клиническая больница №1

**Резюме.** В статье изучена эффективность использования галотерапии в качестве метода реабилитации у детей с деструктивными процессами слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Установлено, что проведение курса галотерапии после успешной эрадикации инфекции *H. pylori* у пациентов с эрозивно-язвенными заболеваниями двенадцатиперстной кишки позволяет нормализовать ферментообразующую функцию желудка.

**Ключевые слова:** галотерапия, дети, пепсиногены, хроническая гастродуоденальная патология.

Недостаточная эффективность стандартных методов лечения, растущая аллергизация населения и неблагоприятное влияние длительной медикаментозной нагрузки на организм, придают особую актуальность разработке и дальнейшему совершенствованию немедикаментозных методов реабилитации пациентов с эрозивно-язвенными заболеваниями слизистой

оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Одним из перспективных методов в реабилитации пациентов с хронической гастродуоденальной патологией (ХГДП) является использование лечебных воздушных сред с моделированием природных факторов. Галотерапия (ГТ) – метод, основанный на лечебном воздействии высокодисперсного сухого солевого аэрозоля (галоаэрозоля). Микроклимат галокамер обладает определенными особенностями: постоянство температуры и давления, газового состава воздуха, низкая относительная влажность, повышенное содержание отрицательно заряженных ионов, отсутствие бактериальной флоры и аллергенов, несколько повышенное содержание углекислого газа. Основным компонентом галоаэрозоля является присутствие мелких солевых частиц (хлорида натрия) определенной плотности (концентрации) и определенных размеров, которые в воздушной лечебной среде активируют метаболизм и местную защиту биологических тканей, улучшают окислительно-восстановительные процессы, оказывают спазмолитическое и противовоспалительное действие. ГТ благоприятно влияет на сердечно-сосудистую, эндокринную, дыхательную и пищеварительную системы, оказывает адаптогенное действие на центральные и периферические стресс-лимитирующие системы организма, активирует системный иммунитет. Важной особенностью галокамер является возможность точного дозирования концентрации аэрозоля.

Целью исследования было изучение эффективности использования ГТ в нормализации ферментообразующей функции желудка у детей с эрозивно-язвенными заболеваниями ДПК в период клинической ремиссии заболевания на фоне успешной эрадикации инфекции *H. pylori*.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе ГДКБ № 1 г. Донецка. Для достижения поставленной задачи были отобраны 2 группы пациентов: основная группа и группа сравнения. В каждую группу вошло 40 детей в возрасте от 14 до 17 лет, у которых при поступлении в стационар были диагностированы эрозивно-язвенные заболевания желудка и ДПК, ассоциированные с *H. pylori*. На фоне проведения антихеликобактерной терапии у всех детей была достигнута успешная эрадикация данной инфекции. Между клиническими группами не было установлено достоверных различий по полу, возрасту ( $p > 0,05$ ).

Пациентам основной группы проведен курс ГТ через 1 месяц после эрадикации *H. pylori*. ГТ проводилась в специализированной галокамере с использованием аппарата сухой солевой аэрозольтерапии АСА-01.3 (ООО «Аэромед», Россия). Курс состоял из 10 ежедневных сеансов длительностью 30 минут во второй половине суток. Концентрация аэрозоля составила 3-4 мг/м<sup>3</sup>. Пациентам группы сравнения курс ГТ не проводился. Оценку ферментообразующей функции желудка проводили по изучению уровня пепсиногенов (ПГ) в сыворотке крови. Уровень ПГ1 и ПГ2 определяли у всех пациентов исходно при поступлении, а также после проведения курса ГТ. Группу контроля составили 30 здоровых детей.

**Результаты исследования.** При поступлении у большинства детей с деструктивными процессами слизистой оболочки ДПК установлено повышение концентрации ПГ в сыворотке крови, что указывает на активацию агрессивных свойств желудочного сока у данных пациентов. Средние значения ПГ1 и ПГ2 в сыворотке крови у пациентов с ХГДП были статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ) относительно детей группы контроля. При этом исходные показатели данных ферментов между основной группой и группой сравнения статистически значимо не отличались ( $p > 0,05$ ).

При изучении влияния использования ГТ на показатели ферментообразующей функции желудка установлено, что у детей основной группы при контрольном исследовании выявлено статистически значимо ( $p < 0,05$ ) более низкие значения в концентрации ПГ1 и ПГ2 в сыворотке крови относительно детей группы сравнения. После проведения курса ГТ нормальная концентрация ПГ1 среди пациентов основной группы установлена у 31 ( $77,5 \pm 6,6$  %) ребенка, а повышение данного показателя – лишь у 9 ( $22,5 \pm 6,6$  %). Для пациентов группы сравнения характерным было повышение концентрации ПГ1, которое выявлено в 27 ( $67,5 \pm 7,4$  %) случаях. Нормальное значение данного фермента установлено лишь у 13 ( $32,5 \pm 7,4$  %) пациентов данной группы. Уровень значимости различий в группах сравнения составил  $p < 0,001$ . После проведении курса ГТ у детей основной группы среднее значение ПГ1 составило  $83,6 \pm 5,8$  мкг/л, что было статистически значимо ( $p < 0,05$ ) ниже относительно пациентов группы сравнения –  $119,6 \pm 6,4$  мкг/л и статистически значимо не отличалось ( $p > 0,05$ ) от детей группы контроля  $74,0 \pm 3,0$  мкг/л.

Среди пациентов основной группы уровень ПГ2 оставался повышенным лишь у 6 ( $15,0 \pm 5,6$  %) детей. Нормальная концентрация в сыворотке крови данного фермента установлена у 34 ( $85,0 \pm 5,6$  %) пациентов данной группы. В группе сравнения нормальный уровень ПГ2 выявлен у 15 ( $37,5 \pm 7,7$  %) детей, а повышенный – у 25 ( $62,5 \pm 7,7$  %). Уровень значимости различий между группами сравнения –  $p < 0,001$ . Среднее значение концентрации ПГ2 у пациентов основной группы составило  $17,4 \pm 0,8$  мкг/л. Среди детей группы сравнения данный показатель был выше и составил –  $20,9 \pm 1,1$  мкг/л. В группе контроля среднее значение уровня ПГ2 составило  $11,4 \pm 0,8$  мкг/л.

**Выводы.** Таким образом, установлено, что использование ГТ в период реабилитации детей старшего школьного возраста с деструктивными процессами слизистой оболочки ДПК после успешной эрадикации *H. pylori* приводит к нормализации ферментообразующей функции желудка, что снижает агрессивные свойства желудочного сока. У пациентов, которым не проводились реабилитационные мероприятия и терапия ХГДП ограничивалась лишь эрадикацией инфекции *H. pylori*, с течением времени отмечено повышение концентрации ПГ1 и ПГ2 в сыворотке крови, что может способствовать поддержанию воспалительного процесса слизистой оболочки ДПК и повышать риск рецидива заболевания.

THE EFFECTIVENESS OF THE USING OF HALOTHERAPY IN CORRECTION OF ENZYME-FORMING FUNCTION IN CHILDREN WITH CHRONIC GASTRODUODENAL

## PATHOLOGY

Nalyotov A.V., Matsynina N.I.  
M. Gorky Donetsk national medical university  
City children's clinical hospital № 1

**Summary.** The effectiveness of the using of halotherapy as a method of rehabilitation in children with destructive processes of the duodenum mucosa was studied in the article. It was determined that the course of halotherapy after successful eradication of *H. pylori* infection in the period of clinical remission of the disease allows to normalizing the enzyme-forming function of the stomach.

**Key words:** halotherapy, children, pepsinogens, chronic gastroduodenal pathology.

УДК 616.89-008:04]-053.2:616-055.52

### «КОМПЬЮТЕРНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ» И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ

<sup>1</sup>Нарижный М.Ю., <sup>2</sup>Бурханова Я.Р.

<sup>1</sup>Республиканский медицинский лицей-интернат

<sup>2</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
(Руководитель – доцент Островский И.М.)

**Резюме.** Анкетирование 582 родителей выявило, что многие дети неоправданно долго сидят у экранов оргтехники. Установлена зависимость между временем у экрана и частотой неврологических жалоб. Оптимальное время - не более 2-х часов.

**Ключевые слова:** неврологические жалобы, дети, компьютерная зависимость.

Компьютеризация всех сфер общественной жизни человека – одно из самых впечатляющих событий последней четверти XX века. Современное поколение воспринимает технику, и компьютеры в том числе, как нечто обыденное, давно известное и привычное. В докомпьютерную эру ученые доказывали вред для детского организма длительного времяпровождения у телевизора, а с появлением компьютеров, которые при определенных обстоятельствах очень полезны, обеспокоенность врачей и родителей по поводу пристрастия детей к компьютерным играм или социальным сетям выросла в геометрической прогрессии. Еще более притягательными являются портативные варианты компьютеров - ноутбуки, планшеты и смартфоны, которые, кроме всего прочего, «благодаря» малому объему, сопровождают ребенка на протяжении всего светового дня.

Выделяют несколько основных физических вредных факторов, влияющих на состояние здоровья работающих за компьютером:

- сидячее положение в течение длительного времени;
- воздействие электромагнитного излучения монитора;
- утомление глаз, нагрузка на зрение;
- перегрузка суставов кистей и рук;
- психологическая зависимость.

Длительное сидячее положение чревато не только нарушением осанки, но и становится причиной постоянной боли в области шеи, спины, поясницы. Помимо этого, сидячая работа негативно сказывается на позвоночнике и циркуляции крови во всем организме (застой крови) [1 - 3].

Мониторы, снабженные электронной пушкой, особенно старые, являются сильным источником электромагнитных полей. Постоянная «бомбардировка» организма человека ускоренными электронами приводит к различным расстройствам нервной системы и глаз [3].

Самый главный вредный фактор – это нагрузка на зрение. Именно из-за нагрузки на зрение через непродолжительное время у ребенка (или другого пользователя) возникает головная боль и головокружение [1, 3].

На данный момент среди детского населения психологическая составляющая является основным поражающим фактором при работе с компьютером [4]. Чрезмерное увлечение компьютерными играми накладывают определенный отпечаток на развитие личности современного ребенка. Негативным последствием этого процесса является возникновение компьютерной зависимости.

**Цель работы:** выяснить реальное состояние здоровья детей большого города, изменения этих показателей со временем и выработать рекомендации для медиков первичного звена здравоохранения.

**Объект исследования:** дети до 17 лет.

**Метод исследования:** анкетирование родителей анкетой, содержащей 20 вопросов и 94 варианта ответов, с последующей статической обработкой.

**Результаты и их обсуждение.** Наши дети много времени проводят возле оргтехники. По данным анкет дети смотрят телевизор с 8 месяцев, играют в компьютер с 9 месяцев, в телефон – с 2-х лет. Годовалые дети проводят у телевизора в среднем 30 минут в день, в два года в среднем уже 1 час 15 минут. Максимально в годовалом возрасте пребывание у телевизора продолжается 3 часа в день, в два года – уже 6 часов. С компьютером в годовалом возрасте знакомы 3 ребенка, среди двухлеток только 4 малыша из 27 обходятся без компьютера. Четверо детей этого возраста уже играют и на телефоне.

Эти цифры растут в геометрической прогрессии с возрастом.

Наибольший вред, без сомнения, приносит длительное времяпровождение у компьютера. В среднем, в зависимости от возраста, дети проводят у компьютера от 47 минут до 3-х часов в день (Табл. 1).

Таблица 1. Среднее время пребывания у компьютера

Возрастная группа	Среднее время у компьютера
2-3 года	47 минут
4-5 лет	56 минут
6-7 лет	1 час 23 минуты
8-9 лет	1 час 24 минуты
10-11 лет	1 час 41 минута
12-13 лет	2 часа 44 минуты
14-15 лет	2 часа 38 минут,
16-17 лет	3 часа.

22 ребенка (4,0%) тратят на такое времяпровождение 10 и более часов в день, некоторые – все свободное время. Уже в 2 года максимальное отмеченное время перед компьютером ... 5 часов! Не удивительно, что у современных детей неврологические жалобы (головная боль, утомляемость, вялость, рассеянность, агрессивность, навязчивые движения) встречаются в 40,5±2,49% случаев, что существенно выше показателя 2000 года, когда неврологические жалобы отмечали только 20% респондентов. Количество неврологических жалоб с возрастом увеличивается (Табл. 2).

Очевидно влияние на этот процесс длительности пребывания у компьютера, поскольку выявлена прямая зависимость между этим показателем и возникновением неврологических жалоб (табл. 3.).

Таблица 2. Неврологические жалобы у детей разного возраста

Возрастная группа (n)	Количество анкет с жалобами		Достоверное различие	
			t	p
	n	%		
1-6 лет (230)	48	20,9±2,68		
7-12 лет (187)	86	46,0±3,64	1) 5,55	p<0,001
13-17лет (147)	92	62,6±3,99	1) 8,69 2) 3,07	1) p<0,001 2) p<0,005

Примечание: 1) - достоверное отличие от группы 1-6 лет; 2) - достоверное отличие от группы 7-12 лет

Таблица 3. Зависимость неврологических жалоб от времени у компьютера

Группа	Время у компьютера (часы)	Неврологические жалобы			
		n	%	t*	p
1	2 и менее (n=415)	141	33,0±2,32		
2	2,5 - 3 (n=61)	28	45,9±6,38		
3	3,5 - 5 (n=51)	35	68,6±6,50	1) 5,02 2) 2,50	p<0,001 p<0,02
4	5,5 и более (n=22)	17	77,3±9,13	1) 4,59 2) 2,81	p<0,001 p<0,01

Примечание: 1) - достоверное отличие от 1 группы; 2) - достоверное отличие от 2 группы

Среди детей, проводящих у компьютера хотя бы 2 часа в день, неврологические расстройства имеют в 33,0±2,32%, что меньше среднего показателя по выборке. Это позволяет считать время 2 часа максимально допустимым для ребенка любого возраста. Пребывание 2,5-3 часа в день перед компьютером приводит к появлению неврологических жалоб у 45,9±6,38%, у сидящих 3,5-5 часов подобные жалобы отмечены уже у 68,6±6,50%; засиживающиеся более 5,5 часов страдают головной болью и другим и расстройствами в 77,3±9,13% случаев. Примечательно, что, несмотря на малую выборку, достоверность достигает значительных величин.

Дети ведущие «здоровый образ жизни» (сидение у компьютера не более 2-х часов, а также в доме которых никто не курит) составляют 44,9% (253 из 564). Такие дети достоверно реже испытывают неврологические жалобы, чем все остальные (31,2 ±2,91% против 41,1 ±2,08, t = 2,75, p<0,02).

**Выводы.** Наблюдается неоправданное омоложение пользователей оргтехники. Увлечение оргтехникой более 2-х часов в день приводит к увеличению неврологических расстройств, в связи с чем этот временной отрезок может быть рекомендован в качестве максимального при работе с компьютером, планшетом, смартфоном и т.д.

Остановить приход компьютерной эпохи невозможно. Уменьшить опасности, подстерегающие ребенка перед экраном компьютера, необходимо!

### Литература

1. Биттерлих Л.Р. «Компьютер: вредные для здоровья факторы и как их уменьшить» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [www.rebenok.com/info/library/computer/53649](http://www.rebenok.com/info/library/computer/53649).
2. «Компьютер и здоровье ребенка» [Электронный ресурс]. - Режим доступа:



<http://chitazdrav.ru/node/6>.

3. Гунн Г.Е. Компьютер: как сохранить здоровье: Рекомендации для детей и взрослых, СПб.: Нева; М.: Олма-Пресс, 2003. Цит. по «Влияние компьютера на здоровье человека» [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.tiensmed.ru/programmer1.html>.

4. Панюлайтите А. Влияние компьютерной зависимости на психику подростков [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://xn--80aafngqnlfc6b3hm.xn--p1ai/all/vlijanie-kompyuternoi-zavisimosti-na-psihiku-podrostkov.html>.

## "COMPUTER ADDICTION" AND THE CHILD HEALTH

Naryzhny MY, Burkhanova YR

Republican Medical boarding lyceum, Donetsk

M.Gorky Donetsk national medical university

(Head - Associate Professor Ostrovsky IM)

**Summary.** Questioning of 582 parents found that many children are unnecessarily long sit at screens office. The dependence between the time in front of the screen and the frequency of neurological complaints was estimated. Optimal time - no more than 2 hours.

**Keywords:** neurological complaints, children, computer addiction.

УДК 616-053.2-06:616-055.52:303.62

## ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ НЕГРАМОТНОСТИ РОДИТЕЛЕЙ

(по данным анкетирования)

Нарижный М.Ю., Островский И.М., Бурханова Я.Р.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Республиканский медицинский лицей-интернат, г. Донецк

**Резюме.** Цель работы - выяснить влияние медицинской неграмотности родителей на состояние здоровья детей. Проанализировано 564 анкеты. Выделены позиции, свидетельствующие о медицинской неграмотности родителей. Определен коэффициент медицинской неграмотности родителей. Установлено, что в группе медицинской неграмотности родителей жалоб на состояние здоровья детей достоверно больше, чем в группе без таковой и в общей выборке. Заболеваемость бронхитом, пневмонией, ангиной (хроническим тонзиллитом) и детскими инфекциями в группе с медицинской неграмотностью родителей существенно превышает показатели всей выборки и группы без медицинской неграмотности родителей. Дети из группы с медицинской неграмотностью родителей достоверно чаще предъявляют жалобы и состоят на диспансерном учете. В подгруппе медицинской неграмотности родителей с высоким коэффициентом получены еще более высокие цифры заболеваемости.

**Ключевые слова:** здоровье детей, медицинская неграмотность родителей.

Медико-социальный взгляд на распространение болезней и их этиологию в концепции здоровья детского населения имеет комплексный и интегральный характер. Здесь важнейшую роль играют такие демографические переменные, как взаимовлияние биологических, генетических и социальных факторов, приводящих к тому, что распространение болезней происходит с достаточной степенью дифференциации [2, 4].

Акцент при этом ставится на выделение и изучение медико-социальных значимых отношений и типов поведения семьи, способствующих возникновению и распространению заболеваний среди детей [4]. На состояние здоровья детей также оказывают влияние медицинская грамотность и отношение родителей к детям.

Однако в литературе и в интернете понятие «медицинская незграмотность» связывают преимущественно с незнанием симптомов болезней или с неаргументированным отказом от назначенного лечения. Существующий термин «медицинское безразличие» применяют к ситуации взаимоотношений родителей и ребенка [1, 3].

Мы не нашли в доступной литературе обсуждения ситуации, как медицинская неосведомленность и/или безразличие родителей влияют на заболеваемость ребенка.

### **Материалы и методы**

Способ исследования – анкетный. Анкетирование преследовало цель выявить влияние на здоровье детей различных факторов, поэтому содержала вопросы по перинатальному анамнезу, вскармливанию, аллергическим реакциям, заболеваемости вирусными и бактериальными инфекциями, паразитозами и детскими инфекциями. Родителям предложено было указать жалобы на состояние здоровья, длительность времяпровождения у компьютера, курение в доме, отношение к прививкам и т.д. Общее количество основных вопросов – 20, вариантов ответов - 94. Общее количество анкет составило 564.

Анкеты распространяли среди родителей детей от года до 17-ти лет методом серийного отбора пропорционально по классам и группам в медицинском лицее, школе и дошкольных заведениях, а также методом случайной выборки среди жителей города. Небольшое количество анкет собрано на детей, находившихся на стационарном лечении.

При статистической обработке результатов определяли показатель доли, ошибку выборочной доли.

Достоверность разницы сравниваемых показателей определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента, используя on-line калькулятор сайта «Медицинская статистика» (<http://medstatistic.ru/calculators/calctestudent.html>).

**Результаты и обсуждение.** В процессе анализе анкет выяснилось, что ряд вопросов анкеты и ответы на них носят бытовой характер, т.е. отражают не столько состояние здоровья детей, сколько неадекватное отношение взрослых к здоровью ребенка. Так, было установлено, что дети, переболевшие педикулезом, чаще состоят на диспансерном учете и чаще болеют пневмонией; достоверно чаще переносят ангину (обострение хронического тонзиллита), детские инфекции и предъявляют различные жалобы. Подобную зависимость трудно объяснить с медицинских позиций, поэтому такие ответы можно рассматривать как проявление «медицинской неграмотности родителей» (МНР) в вопросах гигиены, профилактики, питания и т.д. К таким ответам мы отнесли: отсутствие обследования беременной, курение матери в период беременности, курение в доме, искусственное вскармливание с рождения, отсутствие контроля за временем ребенка у экрана электронной техники, пребывание ребенка у любого экрана более 10 часов в день, отрицательное или скептическое отношение к прививкам. Также в эту категорию отнесли ответы, которые являются проявлением МНР только в некоторых случаях, но в сочетании с другими факторами их значимость, как проявлений МНР, увеличивается. Это перенесенные кишечные инфекции, гельминтозы, чесотка и вшивость.

Далее нами была предпринята попытка выяснить значение предполагаемых факторов, эмпирически взятых для оценки МНР. С этой целью просчитано влияние каждого из них на заболевания, наличие жалоб, диспансерный учет и т.д. Выяснилось, что курение беременной влияет на заболеваемость детей бронхитом и ангиной, и достоверно – на заболеваемость пневмонией. Дети, не получавшие грудное

молоко, достоверно чаще болеют пневмонией, предъявляют жалобы и состоят на диспансерном учете. Дети, перенесшие кишечную инфекцию, в значительном количестве состоят на диспансерном учете, достоверно больше предъявляют жалоб, болеют бронхитом и ангиной. Перенесшие гельминтоз чаще болеют бронхитом, и достоверно чаще – предъявляют жалобы, болеют ангиной и детскими инфекциями. Дети, в доме у которых курят, в большей степени подвержены бронхиту и пневмонии, достоверно чаще предъявляют жалобы и состоят на диспансерном учете. Дети, проводящие у экрана любой техники более 10 часов в день, а так же те, чьи родители не контролируют (ответ в анкете о времяпровождении – «не знаю»), много больше болеют ангиной, детскими инфекциями и достоверно чаще – предъявляют жалобы, состоят на диспансерном учете и болеют бронхитом. О детях, перенесших вшивость, было сказано выше. Отрицательное отношение к прививкам и отказ от обследований беременной, привлекательные, на первый взгляд, как показатели МНР, не продемонстрировали своего существенного влияния ни на один из указанных параметров. Скабиес, ввиду малого количества случаев, просчитать не удалось, тем не менее, учитывая сходство эпидемиологии с педикулезом, его оставили в перечне обсуждаемых ответов.

Для удобства сравнения при анализе данных анкет ввели понятие «коэффициент МНР» (КМНР), который выразили цифрой, соответствующей количеству обсуждаемых ответов. Таким образом, максимальный коэффициент МНР, определенный в рамках этой анкеты, равен 8.

Выяснилось, что различные проявления медицинской неосведомленности имеют 365 семей из 564 (64,7%!). Максимальная величина КМБР составила 5, средняя – 1,6. По количеству анкет коэффициенты распределились следующим образом: КМНР «1» – 195, КМНР «2» – 106, КМНР «3» – 48, КМНР «4» – 13, КМНР «5» – 2. Анализ показал, что дети из группы МНР имеют достоверно худшее состояние здоровья, как по сравнению с детьми из группы без МНР, так и со всей выборкой (Табл. 1 и 2).

Таблица 1. Влияние МНР на инфекционную заболеваемость детей

Группы сравнения	Бронхит (n/%)	Пневмония (n/%)	Ангина (тонзиллит)(n/%)	Детские инфекции (n/%)
Общая выборка (n=564)	305/ 54,2±2,10	104/ 18,4±1,63	230/ 40,8 ±2,07	354/ 62,8±2,04
Группа без МНР (n=199)	90/ 45,2±3,53	22/ 11,1±2,22	62/ 31,2±3,22	111/ 55,8±3,52
Вся группа МНР (n=365)	215/ 58,9±2,58**	82/ 22,5±2,18**	168/ 46,0±2,61**	243/ 66,6±2,47**
Подгруппа КМНР «2-5» (n=170)	102 60,0±3,76**	39 22,9±3,22**	92 54,1±3,82***	124 72,9±3,41***
Подгруппа КМНР «3-5» (n=64)	44/ 68,8±5,79***	16/ 25,0±5,41**	34/ 53,1±6,24**	53/ 82,8±4,72***

Примечание: \* - значимое различие (p<0,02) по сравнению со всей выборкой;

\*\* - значимое различие (p<0,02) по сравнению с группой без МНР.

По данным таблицы 1, все показатели группы МНР достоверно отличаются от изучаемых в группе без МНР. В то же время показатели в подгруппах КМНР «2 - 5» и «3-5» отличаются еще и от таковых всей выборки.

Таблица 2. Влияние КМНР на неинфекционные показатели здоровья детей.

Группы сравнения	Аллергия после года (n/%)	Все жалобы (n/%)	Диспансерная группа (n/%)
Общая выборка (n=564)	217/ 38,5±2,05	318/ 56,4±2,09	111/ 19,7±1,67
Группа без МБР (n=199)	67/ 33,6±3,35	85/ 42,7±3,51	20/ 10,1±2,13
Вся группа МБР (n=365)	150/ 41,1±2,58	233/ 63,8±2,51*, **	91/ 24,9±2,26**
Подгруппа КМБР «2-5» (n=170)	76/ 44,7±3,81**	125/ 73,5±3,38*, **	55/ 32,4±3,59*, **

Примечание: \* - значимое различие ( $p < 0,02$ ) по сравнению со всей выборкой;  
\*\* - значимое различие ( $p < 0,02$ ) по сравнению с группой без МНР.

По данным таблицы 2 МНР продемонстрировала свое влияние на все сравниваемые позиции, за исключением аллергических реакций, влияние на которые проявила только подгруппа КМНР «2 - 5».

Сравнение рассматриваемых показателей в различных подгруппах КМНР показало, что с увеличением значения коэффициента МНР, несмотря на уменьшение количества детей, различия становятся убедительнее (увеличиваются значения  $t$ -критерия Стьюдента и, соответственно, увеличивается достоверность различий).

Проведенный анализ продемонстрировал отсутствие связи между КМНР и возникновением патологии беременности, заболеваемостью ОРВИ и частотой приема антибиотиков. Представление о МНР возникло в ходе анализа анкет, вытекая из предложенных вопросов. Не вызывает сомнения, что целенаправленное изучение влияния МНР на здоровье детей установит еще много других значимых проявлений медицинской неосведомленности.

Выявленные закономерности позволяют прогнозировать возможные нарушения в состоянии здоровья детей в семьях с МБР, причем, чем выше коэффициент МНР, тем вероятнее возникновение таких нарушений.

В широко известном приказе МЗСР РФ от 28.04.2007 № 307 «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» указывается на необходимость при первичном патронаже выявлять неблагоприятные бытовые факторы, учитываемые в этой работе как МНР (курение матери, отца, плохие бытовые условия), однако ряд показателей МНР проявляется со временем, а их учет не предусмотрен имеющейся медицинской документацией педиатрического участка.

Полученные данные убеждают, что МНР существует, причем в виде проблемы, которую необходимо более пристально изучать с целью устранения влияния неблагоприятных факторов на здоровье детей.

### Выводы

1. Медицинская неграмотность родителей выявляется в двух семьях из трех. Дети из этих семей достоверно чаще предъявляют жалобы, состоят на диспансерном учете, чаще болеют детскими инфекциями, а также вирусными и бактериальными инфекциями. Учет коэффициента медицинской неосведомленности родителей позволяет выявить семьи, где здоровье детей находится под угрозой, а величина коэффициента позволяет спрогнозировать степень этой угрозы.

2. Внесение признаков медицинской неграмотности родителей в этапные эпикризы формы 112/у может облегчить участковым педиатрам выбор направления просветительной работы с родителями.

3. Понятие «медицинская неграмотность родителей» требует целенаправленного исследования для уточнения, расширения перечня значимых позиций и ознакомления с этими результатами врачей, в первую очередь, первичного звена.

#### MEDICAL ILLITERACY OF PARENTS AND ITS IMPACT ON CHILDREN'S HEALTH

MY Narizhnyy, IM Ostrovskiy, Burkhanova YaR  
M.Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** Purpose - to find out the impact of the medical illiteracy of parents on children's health. Analyzed 564 questionnaires. It was indicated the position witnessing about the medical illiteracy of parents. Detected medical illiteracy of parents coefficient.

It was found that in the group of medical illiteracy of parents complaints about the health of children was significantly more than in the group without an medical illiteracy of parents and in the total sample. The incidence of bronchitis, pneumonia, tonsillitis (chronic tonsillitis) and children's infections in the group with the medical illiteracy of parents significantly more than in the whole sample and the group without medical illiteracy of parents. In the subgroup of medical illiteracy of parents with a high coefficient obtained even higher morbidity rates.

**Key words:** child health, medical illiteracy of parents.

УДК 616.322-002.2

#### КОМПЛЕКСНЫЙ ПРЕПАРАТ «ГОРЛОСПАС ДЛЯ ДЕТЕЙ» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАТАРАЛЬНОГО ТОНЗИЛЛИТА

Окунь О.С., Коньшева Н.В., Галаева Я.Ю., Федоренко А.Е.

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Донецкая республиканская детская клиническая больница

**Резюме.** Местное лечение 30 детей с острым катаральным тонзиллитом в возрасте от 3 до 12 лет проведено с использованием комплексного аэрозоля «Горлоспас для детей». Контрольную группу составили 30 детей с той же патологией, того же возраста, лечение которых проводили с помощью препарата «Аквармарис для горла». В основной группе дети продемонстрировали более скорую и выраженную положительную клиническую и иммунологическую (содержание sIgA в слюне) динамику заболевания, лучшие показатели элиминации патогена (БГСГА). В 100% случаев исходом заболевания стало выздоровление, в контрольной группе полное выздоровление зарегистрировано в 83% случаев.

**Ключевые слова:** острый тонзиллит, бета-гемолитический стрептококк, коллоидное серебро, морская.

На сегодняшний день известно более 120 заболеваний, на течение которых самым непосредственным образом влияет состояние небных миндалин. Роль миндалин – служить первым защитным барьером, препятствующим проникновению вирусов и бактерий в дыхательные пути. Но если объектом поражения патогенными микроорганизмами становятся сами миндалины, тогда они, в свою очередь, могут стать причиной инфицирования других органов (в первую очередь β-гемолитическим стрептококком группы А (БГСГА) [1, 5, 8, 9, 11]. Группа иммуноопосредованных постстрептококковых

заболеваний сердца, суставов, почек в последние десятилетия расширилась за счет реактивного артрита и васкулитов (синдрома Кавасаки, болезни Шенлейн-Геноха и др.). Пусковым, инициирующим моментом развития всех этих заболеваний современная медицина единогласно называет стрептококковую инфекцию верхних дыхательных путей, и, в первую очередь – глотки [3, 4, 5, 13]. По данным ВОЗ, распространенность инфекций верхних дыхательных путей, вызванных БГСА достигает 20-50% [4, 5]. Результаты американских исследователей свидетельствуют, что практически каждый человек, достигший 5-летнего возраста, имеет в анамнезе перенесенную БГСА-инфекцию глотки, а к возрасту 15 лет количество эпизодов этого заболевания достигает трех [11]. Определенную тревогу специалистам внушает «возрождение» высоковирулентных А-стрептококковых штаммов [1, 6, 11]. Этиопатогенетический комплекс лечения тонзиллита включает как элиминацию патогенной микрофлоры, так и коррекцию иммунологической защиты макроорганизма [7].

В связи с этим представилось рациональным и перспективным использовать для лечения острого катарального тонзиллита, новый комплексный отечественный препарат «ГОРЛОСПАС для детей», созданный на основе морской воды с добавлением хлоргексидина, коллоидного серебра, эфирные масла мяты и эвкалипта, экстракты календулы и шалфея, и представляющий собой дозированный аэрозоль.

Хлоргексидин – известнейший антимикробный агент широкого спектра действия, который вызывает быструю гибель микроорганизмов и длительно (не менее 6 часов) препятствует их размножению, не вызывает резистентности со стороны микроорганизмов, не оказывает токсического, раздражающего и аллергизирующего действия, экологически безопасен (IV класс малоопасных соединений). Целебное действие эвкалипта, календулы, шалфея и мяты заключается в антисептическом, антибактериальном, противовирусном, противовоспалительном, противоотечном, обезболивающем, жаропонижающем, регенерирующем и иммуномодулирующем действии.

Благодаря своему нативному сложному составу (содержанию микроэлементов и солей) морская вода оказывает выраженный противовоспалительный, регенерирующий, иммуностимулирующий и адаптогенный эффект, способствующий восстановлению защитной функции слизистой оболочки [4, 12]. Эрадикационные свойства ирригационной терапии многократно возрастают при сочетанном использовании морской воды и коллоидных растворов серебра. Спектр действия коллоидного серебра распространяется на 650 видов бактерий, в том числе – на антибиотикорезистентные штаммы, а также на вирусы и грибки. При этом препараты серебра, в отличие от антибактериальных препаратов, не вызывают развитие резистентности к ним микроорганизмов и не угнетают иммунную систему макроорганизма [2]. Более того, серебро является мощным иммуномодулятором (сопоставимым со стероидными гормонами) – регулирует фагоцитоз и количество Т-лимфоцитов, стимулирует образование

иммуноглобулинов А, М, G. Коллоидное серебро не взаимодействует с другими принимаемыми лекарственными препаратами, не образует никаких токсичных или аллергенных соединений и вступает в реакцию только с ферментами кислородного обмена бактерий [2, 3, 11, 14].

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата «ГОРЛОСПАС для детей» в местном лечении острого катарального тонзиллита у детей.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 60 пациентов в возрасте от 3-х до 12-ти лет, из них 31 мальчик (51,6%) и 29 девочек (48,4%) с острым катаральным тонзиллитом. У всех пациентов заболевание начиналось остро, часто следовало за местным или общим переохлаждением. У детей отмечалась общая слабость, субфебрилитет, дискомфортные или болезненные ощущения в горле, усиливающиеся при глотании, особенно твердой пищи. Фарингоскопическая картина характеризовалась яркой гиперемией и инфильтрацией слизистой оболочки глотки, сопровождавшейся некоторой ее сухостью. Небные миндалины также были ярко гиперемизированы и значительно отечны, за счет чего поверхность их выглядела сглаженной, а в лакуны «сомкнутыми». Патологического содержимого в лакунах не определялись, нижнечелюстные лимфоузлы не пальпировались.

По случайному признаку дети были распределены на 2 группы (основную и контрольную), сопоставимые по количеству пациентов (по 30 человек), их возрасту и полу. Критериями включения в исследование были: обращение не позднее 2-х суток от начала заболевания, отсутствие тяжелой сопутствующей острой и/или хронической патологии, неотягощенный аллергический анамнез, согласие родителей на участие их детей в исследовании.

Общее лечение пациентов включало: обильное щелочное питье, поливитамины, гипосенсибилизирующие препараты, антибактериальные препараты в соответствующих возрастных дозировках. Дети, составившие основную группу, получали местное лечение препаратом «ГОРЛОСПАС для детей» – по 2 ингаляции 4 раза в день после еды. Лечение пациентов контрольной группы проводили препаратом «Аква Марис для горла» также по 2 ингаляции 4 раза в день.

Для оценки динамики местных жалоб, общих жалоб и клинической картины данных использовали визуально-аналоговую шкалу по 5-балльной системе, где 0 баллов соответствовало отсутствию данного симптома, 5 баллов – его максимальное проявление. Кроме того, до начала лечения и по его окончании изучали микробный спектр небных миндалин и уровень секреторного иммуноглобулина группы А (sIgA) в слюне. Бактериологическое исследование мазков с небных миндалин осуществляли в микробиологической лаборатории Донецкой санитарно-эпидемиологической станции. Исследование sIgA в слюне проводили методом радиоиммунной диффузии в иммунологической лаборатории ДонНМУ. Учитывая, что диапазон нормальных значений уровня sIgA в слюне варьирует в довольно широком диапазоне, при анализе результатов исследования определяющее значение придавали не абсолютным значениям содержания sIgA в слюне, а степени его

увеличения после проводимого лечения.

### **Результаты и обсуждение**

Анализ динамики субъективных данных в процессе лечения выявил более значительные положительные сдвиги у детей основной группы по сравнению с детьми контрольной группы. Так, выраженность местных жалоб у детей основной группы до лечения составила  $3,40 \pm 0,49$  балла, а в контрольной группе –  $3,10 \pm 0,45$ . Разница сравниваемых величин была статистически недостоверна ( $p > 0,05$ ). Через 3 дня болезненность и дискомфорт в горле у 22 (73,33 %) пациентов основной и 14 (46,67 %) контрольной группы исчезла, у остальных значительно уменьшилась: у 8 (26,67 %) детей основной группы – до  $0,8 \pm 0,15$  балла, у 16 (53,33 %) больных контрольной группы – до  $1,10 \pm 0,26$  балла. На 5-6 день местные жалобы в основной группе были полностью купированы, в то время как в контрольной группе они сохранялись у трети пациентов и были оценены в  $1,0 \pm 0,38$ . А у 2-х детей к этому сроку на фоне ухудшения общего состояния боль в горле усилилась – до  $2,3 \pm 0,06$  балла. Таким образом, к этому времени описываемый показатель приобретал статистическую разницу в сравниваемых группах ( $p < 0,01$ ).

Аналогичная картина наблюдалась со стороны общего состояния: до начала лечения в основной группе выраженность общих жалоб составила  $4,40 \pm 0,42$  балла, а в контрольной группе –  $4,50 \pm 0,39$  балла. То есть, этот показатель принимал статистически однородные значения в сравниваемых группах. На 3 день лечения общее состояние нормализовалось у 22 (73,33 %) детей основной группы и у 13 (41,3 %) пациентов контрольной группы. У остальных детей выраженность общего недомогания уменьшилась: у 8 (26,67 %) детей основной группы – до  $2,40 \pm 0,38$  балла, и у 15 (50 %) детей контрольной группы – до  $3,1 \pm 0,6$ . У 2-х пациентов контрольной группы динамики этого параметра отмечено не было. К 5-6 дню лечения общие жалобы полностью исчезли у всех детей основной группы и у 22 (73,33 %) пациентов контрольной группы. У 3 (10,0%) детей контрольной группы этот показатель снизился незначительно и составил  $2,60 \pm 0,34$  балла, а у 2-х пациентов отмечено его возрастание до максимальных значений. Таким образом, на этом этапе была зарегистрирована статистически значимая разница сравниваемого показателя на ( $p < 0,05$ ).

Выраженность катарального воспаления миндалин в начале исследования была оценена в  $4,6 \pm 0,29$  балла в основной и в  $4,5 \pm 0,33$  балла в контрольной группах. Динамика фарингоскопических характеристик оказалась наиболее показательным параметром: в основной группе через 3 дня лечения выраженность воспалительного процесса составила  $1,5 \pm 0,4$  балла, а в контрольной группе –  $3,3 \pm 0,61$ . Уже на этом промежуточном этапе разница сравниваемых величин становится статистически достоверной ( $p < 0,01$ ).

Но в значительно большей степени преимущества комплексного, полинаправленного местного воздействия, обеспечиваемого препаратом «ГОРЛОСПАС для детей», демонстрируют данные об исходе заболевания пациентов.



Так, в основной группе на 5-6 день было зарегистрировано клиническое выздоровление всех пациентов. Только у 9 человек (30%) фарингоскопически отмечались остаточные явления перенесенного острого катарального тонзиллита ( $0,4 \pm 0,06$  баллов). К этому же сроку выздоровление зарегистрировано только у 25 детей контрольной группы (83,33%), из которых остаточные явления аналогичной степени выраженности присутствовали у 15 человек (50%). У 3-х человек (10,0%) контрольной группы отмечалось затяжное течение заболевания, а у 2 пациентов (6,67%) в лакунах небных миндалин появилось патологическое отделяемое, развился занижнечелюстной лимфаденит, что было расценено как переход катарального тонзиллита в более тяжелую лакунарную форму.

В целом клиническая динамика течения острого катарального тонзиллита с исходом «выздоровление» в обеих группах отражена на рис.1.

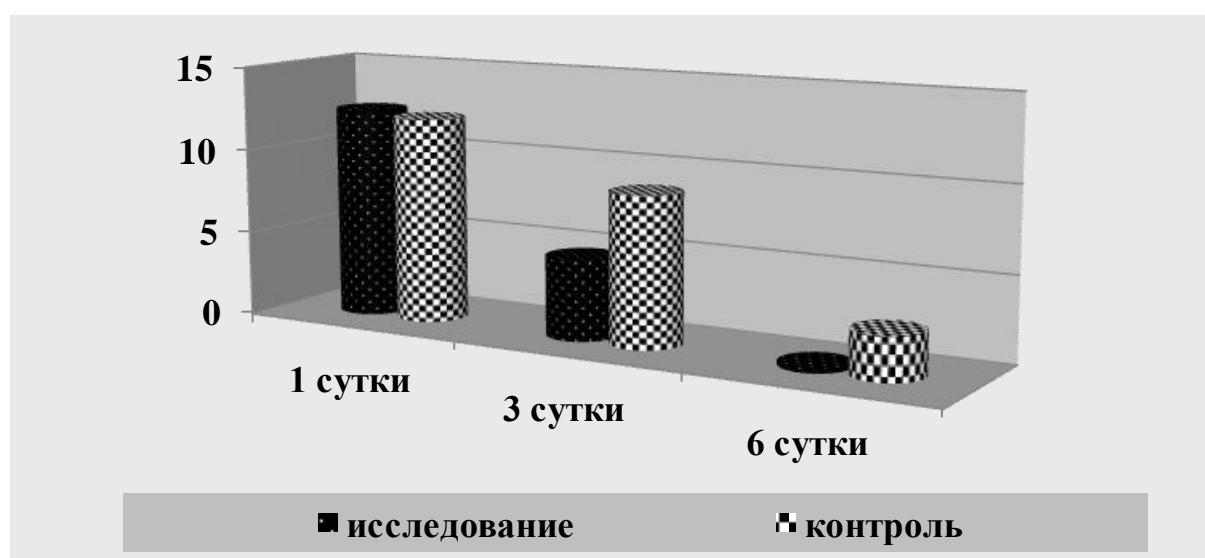


Рисунок 1. Клиническая динамика неосложненного острого катарального тонзиллита с исходом «выздоровление» в основной и контрольной группах исследования (баллы)

При бактериологическом исследовании мазков с небных миндалин БГСА был обнаружен в основной группе в 22 случаях (73,33%): у 4 детей (13,33%) в виде монокультуры и у 18 человек (60%) в ассоциации с другими видами кокков. В контрольной группе эти показатели оказались равными 6,66% и 60,0%, что в совокупности составило 20 случаев (66,67%) выявления БГСА. После лечения при исследовании микробной обсемененности небных миндалин в основной группе БГСА выявлен у 4 человек (13,33%), и только у 1-го (3,33%) в виде монокультуры. В контрольной группе БГСА по-прежнему встречается в большом числе случаев – у 11 пациентов (36,67%), причем у 2-х детей (6,67%) – в виде монокультуры. Разница сравниваемых показателей становится статистически значимой и свидетельствует о значительно лучшей элиминации патогенного возбудителя в основной группе.

При исследовании содержания секреторного иммуноглобулина А у пациентов обеих групп были выявлены как нормальные, так и сниженные

показатели концентрации sIgA в слюне. В основной группе среднее значение нормальных показателей составило  $111,9 \pm 12,49$  мг/л, а сниженных –  $64,12 \pm 9,73$  мг/л. В контрольной группе эти цифры принимали значение  $122,24 \pm 15,32$  мг/л и  $53,12 \pm 7,64$  мг/л соответственно. То есть, выраженной, статистически значимой разницы между количественными показателями содержания sIgA в слюне пациентов основной и контрольной групп в начале исследования выявлено не было. По окончании лечения картина изменяется: в основной группе среднее значение нормальных показателей концентрации sIgA в слюне составило  $188,53 \pm 13,87$  мг/л, а среднее значение сниженных показателей оказалось равным  $99,3 \pm 4,21$  мг/л. В контрольной группе эти цифры принимали значение  $169,12 \pm 11,67$  мг/л и  $89,3 \pm 3,02$  мг/л соответственно. Положительная иммунологическая динамика содержания sIgA в слюне зарегистрирована у 25 человек исследуемой группы (83,33%) и у 17 человек контрольной группы (56,67%). Неудовлетворительной признана иммунологическая динамика у 5 человек (16,67%) основной и у 11 человек (36,67%) контрольной группы. Таким образом, зарегистрированный «прирост» содержания sIgA в слюне пациентов основной группы был заметно больше, чем в у пациентов контрольной группы.

Побочных действий препарата «ГОРЛОСПАС для детей» за время исследования выявлено не было. Все дети демонстрировали хорошую переносимость препарата. Родители отмечали простоту использования и давали положительную оценку органолептическим свойствам препарата «ГОРЛОСПАС для детей», не вызывавшим негативной реакции ребенка, что значительно облегчало процесс лечения.

#### **Выводы.**

1. Местное применение препарата «ГОРЛОСПАС для детей» при лечении острого катарального тонзиллита значительно ускоряет регресс клинических симптомов воспалительного процесса.

2. Под влиянием препарата «ГОРЛОСПАС для детей» в 80% случаев достигается полная элиминация БГСА из небных миндалин.

3. Включение препарата «ГОРЛОСПАС для детей» в комплекс лечения детей с острым катаральным тонзиллитом в 83% случаев способствует повышению уровня sIgA в слюне

4. Удобство применения дозированной аэрозольной формы препарата, его клиническая эффективность и фармакологическая безопасность позволяют рекомендовать препарат «ГОРЛОСПАС для детей» для широкого использования при воспалительной патологии глотки у детей с 3-х летнего возраста.

#### **Литература**

1. Белов Б.С. А-стрептококковый тонзиллит: клиническое значение, вопросы антибактериальной терапии // Лечащий врач. – 2002. - № 1-2. – С. 24-28.

2. Блажитко Е.М., Бурмистров В.А., Колесников А.П., Михайлов Ю.И., Родионов П.П. – Серебро в медицине. – Новосибирск, Наука-Центр, 2004, 254с.

3. Воронцова Н.А. – Использование арговита в практике лечения ЛОР-заболеваний // Серебро и висмут в медицине. – Материалы научно-практической

конференции, 25- 26 февраля 2005 г., СибУПК, 2005, стр.161-165.

4. Гаращенко М.В. Элиминационная терапия в профилактике острых респираторных заболеваний у детей // Эффективная фармакотерапия. Педиатрия. 2013. № 2.

5. Заплатников А.Л., Коровина Н.А. Часто болеющие дети: современное состояние проблемы // Вопросы практической педиатрии. 2008. № 5. С.103–109.

6. Карпова Е.П., Усеня Л.И. Топические деконгестанты для терапии воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух у детей // РМЖ. 2010. №1.

7. Лазарев В.Н. Адаптационные реакции и их коррекция при хронических воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей: Автореф. Дис. ...докт. мед. Наук. – М., 1995.

8. Мизерницкий Ю.Л., Мельникова И.М. Частые респираторные заболевания у детей: современные представления//Рос. вест. перинатологии и педиатрии.2009. №3.

9. Оториноларингология: Клинические рекомендации / Под ред. В.Т. Пальчука, А.И. Крюкова. – ГЭОТАР – Медиа, 2013. – С. 170-181.

10. Способ лечения воспалительных ЛОР-заболеваний: заявка № 2005123007/14 (025910) от 19.07.2005г. РФ МПК А61К31/79, 33/38, А61Р11/00 // Воронцова Н.А., Родионов П.П., Бурмистров В.А., Блажитко Е.М., Михайлов Ю.И., Одегова Г.В. и др. Положительное решение о выдаче патента от 27.11.2006.

11. Щербакова М.Ю., Белов Б.С. А-стрептококковый тонзиллит: современные аспекты // Педиатрия. – 2009. – Т. 88, № 5 (354). – С. 127-135.

12. Bachmann G., Hommel G., Michel O. Effect of irrigation of the nose with isotonic salt solution on adult patients with chronic paranasal sinus disease // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2000. Vol.257. № 10.

13. <http://www.findpatent.ru/patent/230/2307657.html>

## COMPLEX PREPARATION "GORLOSPAS FOR CHILDREN" IN THE TREATMENT OF ACUTE CATARRHAL TONSILLITIS

Okun O.S., Konysheva N.V., Galaeva Ya.Yu., Fedorenko A.E.

M.Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** Local treatment of 30 children with acute catarrhal tonsillitis in age from 3 to 12 years are carried out with a complex aerosol "Gorlospas for children." The control group was consisted of 30 children with the same pathology, the same age, who got local treatment by "Aqua maris for the throat". The main group demonstrated a fast positive clinical and immunological (the content of sIgA in saliva) dynamics of the disease, the best indicators of the elimination of the pathogen (BGSGA). Recovery was the outcome in 100% of cases in the main group, in control group complete recovery was registered in 83% of cases.

**Keywords:** acute tonsillitis, beta-hemolytic streptococcus, colloidal silver, sea water.

УДК 618.3-06:616-053.2

## ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ГЛАЗАМИ РОДИТЕЛЕЙ: ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Островский И.М., Прохоров Е.В., Нарижный М.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** По результатам опроса 582 респондентов установлено, что патология беременности наблюдается у половины опрошенных женщин. У инфицированных женщин патология беременности наблюдается достоверно чаще. Патология беременности влияет на

частоту аллергических реакций у детей, подверженность их простудным заболеваниям, а также наличие у них различных жалоб на состояние здоровья. Дети от куривших во время беременности матерей чаще болеют острыми респираторными вирусными инфекциями, бронхитами и достоверно чаще – пневмониями.

**Ключевые слова:** анкетирование, беременность, здоровье детей, аллергия.

Общепризнано, что фундамент здоровья человека закладывается в раннем онтогенезе, поэтому заболевания плода и новорожденного могут неблагоприятно сказаться на всей последующей жизни. Причинно-следственная связь между заболеваемостью беременных и их новорожденных детей не вызывает сомнений. Проведены многочисленные исследования, доказывающие связь между появлением на свет детей с врожденными аномалиями и перенесенной матерью во время беременности такой вирусной инфекцией, как грипп, ветряная оспа, герпес, корь и др. [1].

Общеизвестно отрицательное влияние вредных привычек родителей на состояние здоровья детей. Особенно негативно их воздействие в период беременности. Малыши, рожденные от курящих матерей, более восприимчивы к инфекциям дыхательных путей и к другим респираторным заболеваниям. По данным Е.Н. Шига, при курении чаще встречаются токсикозы 2-й половины беременности. По данным ВОЗ, вредное воздействие курения матерей во время беременности сказывается на детях в течение первых 6 лет жизни. (Цит. По Кокшаров П.В.) [2].

Официальная статистика по ряду причин не может отразить действительное состояние проблемы. Глубину несовпадения реального здоровья и статистических данных продемонстрировало анкетирование, проведенное сотрудниками кафедры педиатрии ДонНМУ 16 лет назад «Здоровье детей глазами родителей» [3].

**Целью работы** явилось стремление на большой статистической выборке получить сведения о реальном влиянии патологии беременности, инфицированности матерей и курения во время беременности на состояние здоровья детей после рождения.

**Материалы и методы.** Способ исследования – анкетный. Анкеты распространяли методом серийного отбора пропорционально по классам и группам в медицинском лицее, школе и дошкольных заведениях. Общее количество опрошенных матерей составило 582.

При статистической обработке результатов определяли показатель доли, ошибку выборочной доли. Достоверность разницы сравниваемых показателей определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента, используя on-line калькулятор сайта «Медицинская статистика» (<http://medstatistic.ru/calculators/calstudent.html>).

**Результаты и обсуждение.** Сведения о течении беременности содержала 571 анкета. Почти в половине случаев (260, 45,5%) наблюдалась патология беременности. В частности, токсикоз зарегистрирован у четверти матерей (149 – 26,1%). Относительно часто (102 случая, 17,9%) наблюдалась угроза срыва. Реже встречались преэклампсия (6 случаев, 1,1%) и кесарево сечение (9 случаев, 1,6%). Другие причины (хроническая фетоплацентарная недостаточность, антифосфолипидный синдром, анемия, внутриутробная асфиксия плода, отслойка плаценты и др.) – в совокупности наблюдались при 26 беременностях. У 24-х женщин патология беременности была сочетанной.

Сведения об обследовании во время беременности содержали 566 анкет. 39 матерей не обследовались. Положительный результат был выявлен у 31-й беременной

(5,9%), в том числе 11 – токсоплазмоз, 13 – ЦМВ, по 3 - краснуха и гепатит, 1 – ВИЧ. При этом 22 раза носительство инфекции сопровождалось патологическим течением беременности (70,97±8,15%) – достоверно чаще, чем среди неинфицированных (238 из 496, 48,0±2,24%,  $t = 2,72$ ,  $p < 0,005$ ).

Проанализировано влияние патологии беременности на развитие аллергических реакций у ребёнка, частоту простудных заболеваний и частоту различных жалоб. Как и предполагалось, патология беременности существенно влияет на здоровье ребенка. Патология беременности среди ответивших на вопросы наблюдалась у 251 матери. При этом только 72 ребенка (28,69±2,85%), не имели никаких аллергических реакций. Аналогичный показатель среди детей от нормально протекавшей беременности – 118 из 297, (39,7±2,84%). Еще более убедительные данные получены при учете детей со значимыми проявлениями аллергии. Так, их имели 100 детей от патологической беременности (39,8±3,09%) и только 78 – от нормальной (26,3±2,57%,) (Таблица 1).

Простудными заболеваниями чаще 3-х раз в год болели 106 из 302 детей от нормально протекавшей беременности (35,1±2,75%). При патологии беременности – 112 из 252 (44,4±3,13%). Разница оказалась достоверной (Табл. 1).

Таблица 1. Влияние патологии беременности на здоровье ребенка.

Показатель		Нормальная беременность	Патология беременности	Достоверное различие
Без аллергии	n	118 из 297,	72 из 251	$t = 2,74$ , $p < 0,02$
	%	39,7±2,84	28,69±2,85	
Значительная аллергия	n	78 из 297	100 из 251	$t = 3,33$ , $p < 0,001$
	%	26,3±2,57	39,8±3,09	
Простуда более 3-х раз в год	n	106 из 302	112 из 252	$t = 2,21$ , $p < 0,05$
	%	35,1±2,75	44,4±3,13	
Жалобы	n	155 из 302	162 из 250	$t = 3,23$ , $p < 0,002$
	%	51,3±2,88	64,8±3,02	

Число детей от патологической беременности, матери которых на момент анкетирования предъявляли жалобы на состояние здоровья, составило 162 из 250 (64,8±3,02%), а от нормальной – 155 из 302 (51,3±2,88%). Разница значима (Табл. 1).

Не выявлено влияние курения во время беременности на развитие аллергии у детей, наличие какие-либо жалоб и частоту детских инфекций. В то же время дети от куривших матерей чаще болеют ОРВИ, бронхитами и достоверно чаще – пневмониями. (Таблица 2).

Таблица 2. Влияние курения беременных на состояние здоровья детей

Показатель	Курившие n=39	Не курившие n=519
Дети без аллергии	13 (33,3%)	168 (32,4%)
Бронхиты	24 (61,5±7,79%)	277 (53,4±2,19%)
Пневмонии	15 (38,5±7,79%)	89 (17,2±1,65%) $t = 2,68$ , $p < 0,02$
ОРВИ более 3-х раз в год	18 (46,2±7,98%)	198 (38,2±2,05%)
Детские инфекции	25 (64,1%)	324 (62,4%)
Какие-либо жалобы	22 (56,4%)	292 (56,3%)

Отсутствие значимого различия по бронхитам и ОРВИ связано с малым количеством анкет курящих матерей, и, на наш взгляд, не соответствует истине из-за желания респондентов выглядеть лучше, что и повлияло на достоверность данных.

### **Выводы**

1. Патология беременности наблюдается практически у половины опрошенных женщин. Патология беременности влияет на частоту аллергических реакций у детей, подверженность их простудным заболеваниям, а также наличие у них различных жалоб на состояние здоровья.

2. Хроническое носительство инфекции выявляется общепринятыми методами только у 5% беременных. У инфицированных женщин патология беременности наблюдается достоверно чаще.

3. Дети от куривших матерей чаще болеют ОРВИ, бронхитами и достоверно чаще – пневмониями.

### **Литература**

1. Марковский В.Д., Сорокина И.В., Плитень О.Н., Шерстюк С.А. Влияние инфекционной патологии матери на исход беременности и состояние здоровья плода и новорожденного/ Здоровье - основа человеческого потенциала - проблемы и пути их решения, 2012. - № 2. - том 7. [Электронный ресурс.] - Режим доступа: /<http://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-infektsionnoy-patologii-materi-na-ishod-beremennosti-i-sostoyanie-zdorovya-ploda-i-novorozhdenno-go#ixzz3umTchNM2>.

2. Кокшаров П.В. Курение. Его влияние на женщин. - 2001. [Электронный ресурс.] – Режим доступа: [http://8ref.com/5/referat\\_53519.html](http://8ref.com/5/referat_53519.html).

3. Островский И.М., Куренная М.В., Острополец М.С. Здоровье детей глазами родителей//Перинатология та педіатрія. – 1999. - №3. – С. 3-5.

## **PARENT'S OPINION ON THE HEALTH OF CHILDREN: INFLUENCE OF PREGNANCY ON THE HEALTH OF CHILDREN**

IM Ostrovsky, EV Prokhorov, MY Narizhnyi  
M. Gorky Donetsk National Medical University

**Resume.** In a survey of 582 respondents found that pregnancy pathology observed in half of the women surveyed. Infected pregnant women have pathology of pregnancy observed significantly more frequently. Pathology of pregnancy influences the frequency of allergic reactions in children, their exposure to colds, as well as having had various complaints about the state of health. Children whose mothers smoked during pregnancy, often suffer from acute respiratory infections, bronchitis, and significantly more - pneumonia.

**Keywords:** questionnaire, pregnancy, children's health, allergies.

УДК 616-021.3-053.2:616-055.52

## **ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ ГЛАЗАМИ РОДИТЕЛЕЙ: АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ И ИХ ДИНАМИКА ЗА 16 ЛЕТ**

Островский И.М., Прохоров Е.В., Нарижный М.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** По данным анкетирования оценена такая составляющая нынешнего состояния здоровья детей крупного промышленного города, как аллергические реакции, а также их динамика за 16 лет.

**Ключевые слова:** анкетирование, аллергические реакции, дети.

Здоровые дети – здоровая нация. Состояние здоровья подрастающего поколения – важный показатель благополучия общества и государства, отражающий

не только настоящую ситуацию, но и прогноз на будущее. Только адекватная оценка состояния здоровья позволяет наметить реальные мероприятия по его улучшению [1, 2]. К сожалению, по ряду объективных и субъективных причин здоровье детей с каждым годом ухудшается [3 - 5].

Крайне серьезной является проблема аллергии – за последние 20 лет рост ее распространенности у детей выражен в особенной степени. За рубежом частота бронхиальной астмы (БА) среди детей в большинстве стран неуклонно растет [6].

Необходимо отметить, что и в России и за рубежом, отмечается несоответствие данных об аллергической заболеваемости по обращаемости к врачу и по результатам популяционных исследований. Число обращений более чем в 10 раз ниже данных эпидемиологических исследований [7, 8]. В работах конца 80-х годов доказано, что распространенность АЗ, установленная при целенаправленном исследовании (она близка к истинной) в 6-10 раз выше той, которая регистрируется официально [6].

Глубину несовпадения реального здоровья и статистических данных продемонстрировало исследование, проведенное сотрудниками кафедры педиатрии Донецкого национального медицинского университета 16 лет назад «Здоровье детей глазами родителей». В частности, было установлено, что аллергозами страдают более 30% детей, а половина от этого количества имеют выраженные аллергические реакции. При этом по данным поликлиники, обслуживавшей район проведения опроса, только 1,5% детей имели аллергические реакции [9 - 11]. Поскольку распространенность аллергии увеличивается столь стремительно, ее необходимо рассматривать как одну из главных проблем здравоохранения.

В связи с этим представилось актуальным и целесообразным также по данным анкетирования оценить такую составляющую нынешнего состояния здоровья детей крупного промышленного города, как аллергические реакции, а также его динамику за 16 лет.

**Материалы и методы.** Способ исследования – анкетирование. Анкеты распространяли в медицинском лицее, школе и дошкольных заведениях, а также методом случайной выборки среди жителей города.

Общее количество проанализированных анкет составило 548. Динамику изучавшихся параметров сравнивали с результатами исследования, проведенного в Донецке 16 лет назад.

При статистической обработке результатов определяли показатель доли, ошибку выборочной доли. Достоверность разницы сравниваемых показателей определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента.

**Результаты и их обсуждение.** О наличии аллергических реакций у детей сообщают 372 респондента из 548 (без грудных, годовалых и не ответивших) –  $67,9 \pm 1,99\%$ . При этом у 76-ти пациентов аллергия проявлялась только в грудном возрасте, что составило  $13,9 \pm 1,48\%$  от общего количества; началась после года – у 104 человек ( $19,0 \pm 1,68\%$ ); отмечена как до года, так и позже – у 192 ( $35,0 \pm 2,04\%$ ).

Следует отметить, что в 126 случаях ( $33,9\%$  и  $23,0\%$  соответственно среди «аллергиков» и среди всех детей) проявления болезни родители характеризуют как "единичный эпизод". Подобное трактуется педиатрами не как болезнь, а как проявление аллергического диатеза [12]. 162 респондентов ( $43,5\%/29,6\%$ ) отмечают появление аллергических реакций у детей "периодически", "иногда" и т.п., а 84 ( $22,6\%/15,3\%$ ) обозначают их как «постоянные», «почти постоянные», или «частые». Таким образом, почти половина (!) детей являются аллергиками, а 15% – больные с выраженными аллергическими реакциями. В то же время на учете по этому поводу

состоит только 23 больных, что составляет лишь 6,2% от общего количества детей-аллергиков. В частности, БА и рецидивирующим обструктивным бронхитом страдают 92 ребёнка, но на диспансерном учете состоят только 19! Как и приведено в литературе, реальных аллергиков оказалось в 7 раз больше, чем состоящих на учете [6].

За 16 лет с 80,0% до 47,6% снизилась доля алергодерматозов, хотя они по-прежнему доминируют в структуре аллергических заболеваний. Эти цифры превышают литературные данные [6].

Сравнительная характеристика показателей в динамике за 16 лет приведена в табл. 1.

Таблица 1. Характеристика аллергических реакций у детей

Показатель	2000 год			2016 год		
	Всего анкет	n	%	Всего анкет	n	%
Наличие аллергии	752	442	58,8±1,74	548	372	67,9±1,99*
Только в грудном возрасте		128	17,0±1,37		76	13,9±1,48
Началась после года		212	28,2±1,64		104	19,0±1,68*
И до и после года		102	13,6±1,25		192	35,0±2,04*
Единичный эпизод		208	27,7±1,63		126	23,0±1,80
Периодически, несколько раз		114	15,2 ±1,31		162	29,6 ±1,95*
Постоянные, почти постоянные, частые		120	16,0 ±1,79		84	15,3 ±1,54
Аллергодерматозы	442	265	60,0	244	113	46,3

Примечание: \* - достоверная разница между годами.

Сравнительные данные свидетельствуют о достоверном ухудшении показателей аллергических реакций в детской популяции. Общее количество аллергических проявлений у детей достоверно увеличилось с 58,8 ±1,74% до 67,9±1,99% ( $t = 3,39$   $p < 0,001$ ) за счет увеличения количества детей с неоднократными проявлениями аллергии (31,2 ±1,69% против 44,9 ±2,10%,  $t = 5,08$ ,  $p < 0,001$ ). Также достоверно увеличилось количество детей, у которых аллергические реакции наблюдались как до, так и после года.

По данным анкетирования 29 детей перенесли обструктивный бронхит более 4-х раз, что по современным понятиям требует постановки диагноза «бронхиальная астма», проведения соответствующего обследования и лечения, однако адекватный диагноз установлен только у одного ребенка.

Для детей первого года жизни важнейшим средовым фактором, способствующим реализации предрасположенности к аллергиям, является характер вскармливания. В связи с этим прослежена взаимосвязь продолжительности грудного кормления с частотой возникновения аллергических реакций (табл. 2).

Среди детей, не получавших грудное молоко, аллергические реакции возникали в 67,6% случаев. С увеличением сроков грудного вскармливания частота развития аллергических реакций обратно пропорционально достоверно уменьшалась, достигая цифры 43,5% у вскармливавшихся от 12 до 18 месяцев. У детей, получавших грудное молоко более полутора лет, аллергические реакции возникали уже в 57,1±6,23% случаев, что еще раз подчёркивает неэффективность продолжения грудного кормления после полутора лет.

Появление аллергических реакций на 1 году жизни не зависело от времени



прекращения грудного вскармливания. В то же время аллергия, начавшаяся после года, достоверно чаще встречается у детей, которых кормили грудью менее 3-х месяцев, чем у тех, кого кормили год или полтора ( $65,4\% \pm 5,28\%$  против  $43,6\% \pm 4,73\%$ ,  $t = 3,04$   $p < 0,005$ ).

Таблица 2 Зависимость аллергических реакций у детей от продолжительности грудного вскармливания.

Показатель	Всего анкет	Количество аллергиков после года			
		Всего случаев	%%	Достоверные различия с группой от 12 до 18 месяцев	
				t	p
Вся выборка	574	298	51,9		
Не кормили вообще	37	25	$67,6 \pm 7,70$	2,68	$< 0,01$
Менее месяца	88	53	$60,2 \pm 5,22$	2,49	$< 0,01$
Менее 3-х месяцев	178	105	$59,0 \pm 3,69$	2,62	$< 0,005$
Менее 6-ти месяцев	274	150	$54,7 \pm 3,01$	2,04	$< 0,05$
От года до полутора лет	115	50	$43,5 \pm 4,62$		
Более полутора лет	63	36	$57,1 \pm 6,23$		

Наличие аллергических реакций в той или иной степени свидетельствует о нарушениях в иммунной системе, в связи с чем сравнили частоту инфекционных заболеваний у детей-аллергиков и у других детей.

Для удобства обозначения дети распределены по группам. В I группу отнесены дети, имевшие после года хотя бы один раз проявления аллергии, во вторую – имевшие после года проявления аллергии более одного раза, в третью – не имевшие после года никаких проявлений аллергии (табл. 3).

Таблица 3 Подверженность инфекционным заболеваниям детей-аллергиков

Показатель	I группа (n =292)		II группа (n=215)		III группа (n =255)	
	n	%	n	%	n	%
Бронхиты	183	$62,7 \pm 2,83$ $p < 0,001$	140	$65,1 \pm 3,25$ $p < 0,001$	117	$45,9 \pm 3,12$
Пневмонии	67	$23,0 \pm 2,46$ $p < 0,02$	51	$23,7 \pm 2,90$ $p < 0,02$	36	$14,1 \pm 2,18$
Ангина	122	41,8	90	41,9	105	41,2
Острые кишечные инфекции	94	32,2	75	$34,9 \pm 3,25$ $p < 0,02$	63	$24,7 \pm 2,70$
Детские инфекции	192	$65,8 \pm 2,78$ $p < 0,001$	139	$64,6 \pm 3,26$ $p < 0,001$	109	$42,8 \pm 3,10$
ОРВИ 3 и более раз в году	129	$44,2 \pm 2,91$ $p < 0,02$	105	$48,8 \pm 3,41$ $p < 0,005$	85	$33,3 \pm 2,95$
Паразитозы	86	$29,5 \pm 2,67$ $p < 0,002$	64	$29,8 \pm 3,12$ $p < 0,002$	45	$17,7 \pm 2,39$

Примечание: достоверное различие указано по сравнению с III группой.

Как видно из данных таблицы, дети-аллергики достоверно чаще болеют инфекционными и паразитарными болезнями. Достоверное различие было выявлено по всем изученным позициям, за исключением ангины. Обращает на себя внимание, что дети, с однократным эпизодом аллергической реакции (т.н. аллергический диатез) и дети-аллергики в одинаковой степени подвержены инфекционным заболеваниям.

Наличие аллергических реакций достоверно не влияло на количество жалоб у детей. Так, среди детей без аллергии после года количество жалоб составило 136 из 251 анкеты (54,2%), а у аллергиков после года – 175 из 292 (59,9%).

В отличие от 2000 мы не выявили даже тенденции к различию в частоте аллергических реакций между дошкольниками и школьниками, а также гендерных различий.

#### **Выводы**

4. Состояние здоровья детей за 16 лет ухудшилось: увеличилось количество детей с повторными аллергическими реакциями.

5. С увеличением сроков грудного вскармливания до 18 месяцев частота развития аллергических реакций достоверно уменьшается. Целесообразно рекомендовать продолжение грудного вскармливания до полутора лет, но не более того.

6. Дети-аллергики достоверно чаще болеют инфекционными и паразитарными болезнями.

7. Большая часть детей-аллергиков, не находится на диспансерном учете. У многих детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом не устанавливается диагноз бронхиальной астмы, что отодвигает сроки начала адекватного лечения и профилактики ее обострений. Участковым педиатрам и семейным врачам следует адекватно расширить списки диспансерной группы.

#### **Литература**

1. Вербицкая Л.И. Особенности детской смертности в Республике Саха (Якутия) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2011. № 1. С. 7-10.

2. Здоровье и образование детей – основа устойчивого развития Российского общества и государства. – М., 2011. – 26 с.

3. Баранов В.Р. Кучма Л.М Сухарева А.А. Состояние здоровья современных детей и подростков и роль медико-социальных факторов в его формировании // Вестник РАМН. 2009. № 5. С. 6–11.

4. Лившиц С.А. Анализ состояния здоровья длительно и часто болеющих детей дошкольного возраста на современном этапе//Современные проблемы науки и образования. 2013. №2. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.sciehttp://www.science-education.ru/108-8807>.

5. Баранов А.А., Щеплягина Л.А. Здоровье детей на пороге XXI века: пути решения проблемы. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http://www.rmj.ru/articles\\_1704.htm](http://www.rmj.ru/articles_1704.htm).

6. Распространенность аллергических заболеваний и связанные с этим проблемы [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.dovidnyk.org/articles/17/34.html>.

7. Гуцин И.С., Ильина Н.И., С.А. Польшнер. М., 2002. - Цит. по: Безрукова, Е.В. Клинико-иммунологическая эффективность аллерген-специфической иммунотерапии при сочетанных формах сенсibilизации у больных поллинозом: Автореф. канд. дис., Москва, 2011 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/kdiniko-immunologicheskaya-effektivnost-allergen->

spetsificheskoi-immunoterapii-pri-sochetann.

8. Горячкина Н.Г., Астафьева Л.А., Яковлева Е.В. Распространенность аллергических заболеваний среди взрослого населения Удмурдской Республики // Аллергология. 2005. № 1. С. 17-21.

9. Островский И.М., Куренная М.В., Острополец М.С. Здоровье детей глазами родителей //Перинатология та педіатрія. 1999. № 3. С. 3-5.

10. Островский И.М., Острополец М.С., Мартынова Е.А. Здоровье детей глазами родителей: вскармливание и аллергия // Матеріали Харківської регіональної науково-практичної конференції з міжнародною участю на тему: "Харчування здорової та хворої дитини". - Харків, 1999. - С. 20-22.

11. Островский И.М., Романенко В.Н., Лавриненко О.А., Острополец М.С. Здоровье детей глазами родителей: распространенность аллергозов // Педиатрия. 2000. №4. С. 05-107.

12. Дьяченко С.В., Авдеев А.И., Дьяченко В.Г. Экспертиза ятрогении / Хабаровск, 2015. [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=3541>.

13. Механизмы развития аллергических реакций - [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.immunologs.com/allergologiya/244/>.

#### PARENT'S OPINION ON THE HEALTH OF CHILDREN: ALLERGIC REACTIONS AND THEIR DYNAMICS FOR 16 YEARS

Ostrovskiy IM, Prokhorov EV Narizhnyy MY  
M. Gorky Donetsk State Medical University

**Summary.** According to the survey evaluated such component of the current health status of children living in large industrial cities as allergic reactions, as well as their dynamics for 16 years.

**Keywords:** questionnaire, allergic reactions, children

УДК 613.221:616-053.2:303.62

#### ХАРАКТЕР ВСКАРМЛИВАНИЯ И ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ – ДИНАМИКА ЗА 16 ЛЕТ (по данным анкетирования)

Прохоров Е.В., Нарижный М.Ю., Островский И.М., Челпан Л.Л.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Республиканский медицинский лицей-интернат, г. Донецк

**Резюме.** Оценена продолжительность грудного вскармливания у 574 респондентов. За последние 6 лет наметились как положительные, так и отрицательные сдвиги во вскармливании. Выявлена зависимость между продолжительностью грудного вскармливания и аллергией у детей.

**Ключевые слова:** естественное вскармливание, аллергия, дети,

Естественное вскармливание наиболее физиологично и преимущества его несомненны. Женское молоко богато иммуноглобулинами (Ig). Поэтому заболеваемость и смертность детей, находящихся на грудном вскармливании, значительно ниже, чем на искусственном. Уровень антител после вакцинации при вскармливании грудным молоком выше, чем при использовании смесей, что говорит о лучшей защите от инфекций, от которых ребенок получает прививку. Дети, которые вскармливались грудным молоком до 6 месяцев, имели достоверно меньший риск заболеть до года инфекциями дыхательных путей и кишечными инфекциями [1].

В возрасте от 2 до 4 мес. ребенок получает секреторный IgA все еще с грудным

молоком. Перевод ребенка в этот период на искусственное вскармливание на значительный период отодвигает формирование собственной бифидофлоры кишечника, а повышенная выработка IgE приводит к формированию atopических реакций и пищевой аллергии [2].

Отсутствие грудного вскармливания не только нарушает формирование адекватного иммунного ответа ребёнка, что само по себе способствует возникновению аллергических реакций, но и приводит к раннему и/или продолжительному контакту с высокоаллергенным продуктом – коровьим молоком. По последним данным аллергия на коровье молоко стабильно занимает второе место (после куриного яйца) как в Европе, так в США и Японии [3].

Искусственное вскармливание значительно увеличивает риск аллергических заболеваний даже у тех детей первого года жизни, которые не имеют к ним наследственной предрасположенности.

**Цель исследования** – установить современные тенденции в отношении матерей к грудному вскармливанию.

**Материал и методы.** Способ исследования – анкетирование родителей. При статистической обработке результатов определяли показатель доли, ошибку выборочной доли.

Достоверность разницы сравниваемых показателей определяли с помощью *t*-критерия Стьюдента, используя on-line калькулятор сайта «Медицинская статистика» (<http://medstatistic.ru/calculators/calstudent.html>).

**Результаты и обсуждение.** Продолжительность грудного вскармливания оценена у 574 респондентов.

Как показали результаты опроса, примерно половина детей (47,7%) вскармливались грудным молоком менее 6-ти месяцев; 31,0%, или каждый третий, менее, чем 3 месяца; 51 ребенок (8,8%) получали грудь матери менее месяца, а 37 (6,5%) вообще не прикладывались к материнской груди. Более 12-ти месяцев кормили детей грудным молоком 31,0% матерей, а 11,0% мам продолжали кормить детей и после полутора лет, некоторых продолжали кормить и после 2-х лет. Максимальная продолжительность в двух случаях составила... 3 года и 6 месяцев! Сравнительные с показателями 2000 года данные о продолжительности грудного вскармливания приведены в табл. 1.

Таблица 1 Сроки прекращения грудного вскармливания

Длительность вскармливания	2000 год		2015 год	
	Всего анкет - 698		Всего анкет - 574	
	n	%%	n	%%
Менее 6 месяцев	349	50,0±1,89	274	47,7±2,47
От 4 до 6 месяцев	199	28,5±1,71	96	16,7±1,56*
Менее 3 месяцев	150	21,5±1,55	178	31,0±1,93*
Менее 1 месяца или отсутствие	32	4,6±0,79	88	15,3±1,50*
Более 6 месяцев	349	50,0±1,89	300	52,3±2,47
От 6 до 12 месяцев	244	35,0±1,8	121	21,1±1,70*
Более года	105	15,0±1,35	178	31,0±1,93*
Более полутора лет	30	4,2±0,77	63	11,0±1,30*
3 и более лет	2	0,3±0,2	11	1,9±0,57*
Средний возраст прекращения		7 месяцев		8½ месяцев

Примечание: \* - достоверная разница между годами.

Проведенное сравнение свидетельствует об отрицательных тенденциях в отношении родителей к грудному вскармливанию. Так, хотя количество детей, вскармливаемых менее шести месяцев, не изменилось за 16 лет, но достоверно увеличилось количество детей, вскармливаемых грудью менее 3-х месяцев и менее месяца. Достоверно увеличилось, количество вскармливавшихся более года, однако это произошло за счет детей, которых кормили более полутора лет. Такая продолжительность грудного кормления не соответствует современным рекомендациям о продолжительности естественного вскармливания и не является полезной. За счет этой группы увеличился и средний возраст прекращения грудного вскармливания.

Приведенные данные отражают средние показатели за 16 лет и не позволяют однозначно говорить о современных тенденциях в отношении к грудному вскармливанию.

Более точно современные тенденции в отношении к грудному вскармливанию можно проследить, проанализировав его в разных возрастных группах, в частности, в группе за последние 8 лет в сравнении с группой за предыдущие 9-17 лет. Так, если в группе 9-17 лет менее 3-х месяцев вскармливались грудью  $36,7 \pm 2,87\%$ , то в последние 8 лет таких детей стало достоверно меньше ( $25,9 \pm 2,53\%$ ,  $t = 2,82$ ,  $p < 0,001$ ), соответственно увеличилось количество детей, вскармливавшихся грудью оптимально - от года до полутора лет ( $14,2 \pm 2,08\%$ ,  $25,0 \pm 2,49\%$ ,  $t = 3,29$ ,  $p < 0,002$ ).

Подтверждает это положение и анализ по трем возрастным группам: I – 1 - 6 лет, II – 7 - 12 лет, III – 13-17 лет (Рис. 1).

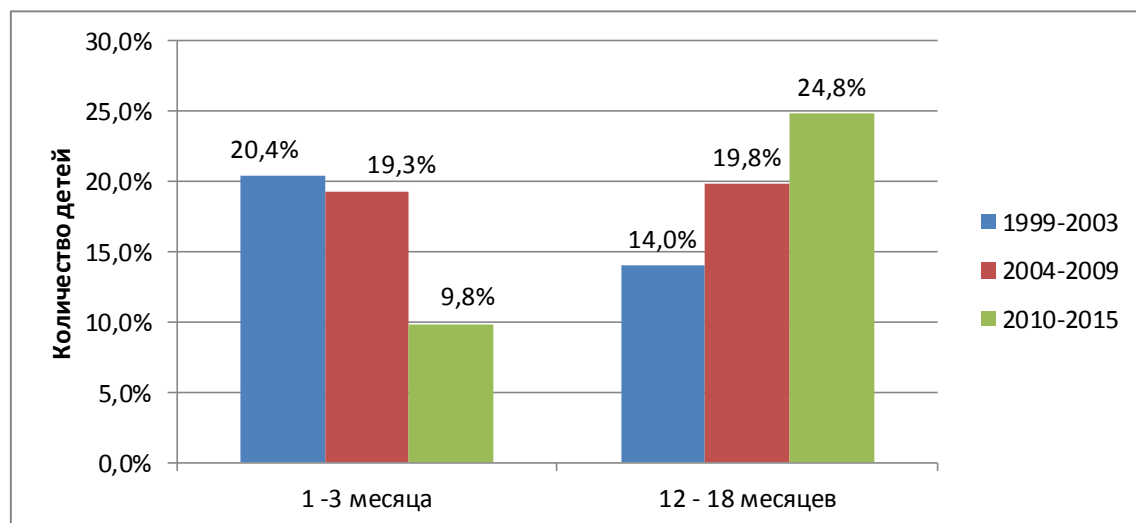


Рисунок 1. Сроки прекращения грудного вскармливания в динамике лет

График наглядно демонстрирует положительную динамику, наметившуюся за последние 6 лет, что не было выявлено при одномоментным анализе анкет всех возрастов: количество вскармливавшихся грудью от 1 до 3-х месяцев достоверно снизилось, а количество вскармливавшихся 12 - 18 месяцев достоверно выросло.

Для детей первого года жизни важнейшим средовым фактором, способствующим реализации генетической предрасположенности к аллергиям, является характер вскармливания. В связи с этим нами предпринята попытка проследить взаимосвязь продолжительности грудного кормления с частотой и временем возникновения аллергических реакций (табл. 2).

Среди детей, не получавших грудное молоко, аллергические реакции

возникали в 67,6% случаев. С увеличением сроков грудного вскармливания частота развития аллергических реакций обратно пропорционально достоверно уменьшалась, достигая цифры 43,5% у вскармливавшихся от 12 до 18 месяцев.

У детей, получавших грудное молоко более полутора лет, аллергические реакции возникали уже в 57,1±6,23% случаев, что еще раз подчёркивает неэффективность продолжения грудного кормления после полутора лет.

Таблица 2. Зависимость аллергических реакций у детей от продолжительности грудного вскармливания.

Показатель	Всего анкет	Количество аллергиков после года			
		Всего случаев	% %	Достоверные различия с группой от 12 до 18 месяцев	
				t	p
Вся выборка	574	298	51,9		
Не кормили вообще	37	25	67,6±7,70	2,68	<0,01
Менее месяца	88	53	60,2±5,22	2,49	<0,01
Менее 3-х месяцев	178	105	59,0±3,69	2,62	<0,005
Менее 6-ти месяцев	274	150	54,7±3,01	2,04	<0,05
От года до полутора лет	115	50	43,5±4,62		
Более полутора лет	63	36	57,1±6,23		

Появление аллергических реакций на 1 году жизни не зависело от времени прекращения грудного вскармливания. В то же время аллергия, начавшаяся после года, достоверно чаще встречается у детей, которых кормили грудью менее 3-х месяцев, чем у тех, кого кормили год или полтора (65,4% ± 5,28% против 43,6%±4,73%, t = 3,04 p<0,005).

Сопоставление характера вскармливания с наличием гастроэнтерологических жалоб позволило выяснить, что дети, получавшие грудь менее 3-х месяцев, чаще предъявляют гастроэнтерологические жалобы (39,1% против 30,5%), а те, кто получал грудь от 12 до 18 месяцев – реже (13,0% против 20,1%). Разница не достоверна.

**Выводы.** За последние 6 лет уменьшилось количество детей на грудном вскармливании от месяца до 3-х, и увеличилось - с года до полутора (положительные сдвиги); но также увеличилось количество тех, кого кормили более полутора лет (отрицательные сдвиги). С увеличением сроков грудного вскармливания до 18 месяцев частота развития аллергических реакций достоверно уменьшается. Целесообразно рекомендовать продолжение грудного вскармливание до полутора лет, но не более того.

### Литература

1. Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infants // Pediatrics. 2010. №1. P. 18-25.
2. Vandenplas Y. Soy infant formula: is it that bad? // Acta Paediatr. 2011. №2. P. 39-41.
3. World Allergy Organization (WAO). Diagnosis and Rationale for Action against Cows Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: [http://www.worldallergy.org/publications/WAO\\_DRACMA\\_guidelines.pdf](http://www.worldallergy.org/publications/WAO_DRACMA_guidelines.pdf).

KIND OF FEEDING AND CHILD HEALTH - DYNAMICS FOR 16 YEARS  
(according to the survey)

Prokhorov EV Narizhnyy MY, Ostrovsky IM  
M.Gorky Donetsk national medical university  
Republican Medical boarding lyceum, Donetsk

**Summary.** The duration of breastfeeding was study among 574 respondents. Over the past 6 years, there have been both positive and negative changes in feeding. The dependence between the duration of breastfeeding and allergies in children was demonstrated.

**Keywords:** breast feeding, allergy, children.

УДК 616.285-001-07-089

## ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ТРАВМАХ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ У ДЕТЕЙ

Федоренко А.Е., Древняк Н.С., Щербак Е.В., Бухарова Т.С.

Республиканская детская клиническая больница

**Резюме.** Раннее оперативное вмешательство с целью восстановления целостности барабанной перепонки при ее травматических повреждениях с последующей противовоспалительной, репаративной, лазеро- и микрорезонансной терапией дает положительный результат не только в морфологическом, но и в функциональном аспекте, поскольку явления кондуктивной тугоухости, возникавшие после травмы, регрессировали в 95,7% случаев.

**Ключевые слова:** травма барабанной перепонки, лечение травмы барабанной перепонки, профилактика тугоухости.

В детском возрасте нередко случаи травматического повреждения барабанной перепонки, что в дальнейшем может привести к развитию хронического отита, «к стойкому понижению слуха» (Бободжанов У., 1996, Тюрин В.И., 1999, Onal K, Uguz MZ, Kazikdas KС., Gursoy ST, Gokce HS, 2005 )

В течении 10 лет (2005-2016 гг) в ЛОР-отделении РДКБ мы наблюдали 67 человек с травматическим повреждением барабанной перепонки. При этом обращение в первые сутки было у 39 человек, в течении 3-х дней от дня травмы 21 человек, 7 человек обратились в более поздние сроки (7-10 дней с момента травмы)

Наиболее частыми причинами травмы барабанной перепонки были повреждения ее разными предметами самим ребенком или родителями при туалете уха; удары по уху; в 2-х случаях поцелуй в ухо; нередко черепно-мозговые травмы (ДТП, драка) сочетаются с повреждением барабанной перепонки; острые, вклиненные инородные тела; отмечались также случаи ятрогенного повреждения барабанной перепонки (при удалении инородного тела или серных пробок).

Большинство пострадавших отмечали кровотечение из уха после травмы. У детей, обратившихся в поздние сроки, наблюдались гнойные выделения из уха. Жалобами обратившихся были также боль в ухе и снижение слуха. Нередки были жалобы на чувство заложенности уха, шум и звон в ухе.

При поступлении больным проводилось стандартное отоларингологическое обследование и в обязательном порядке микроотоскопия. Чаще всего при этом мы отмечали повреждения

барабанной перепонки в задних отделах, реже в переднее-нижнем квадранте и наиболее редко в переднее-верхнем квадранте. Как правило, перфорации имели неровные, рваные края и, в большинстве случаев, подвижный свободный лоскут барабанной перепонки.

В барабанной полости в ранние сроки было сухо, но имелись следы крови, в случаях позднего обращения могло наблюдаться слизисто-гнойно-кровоянистое содержимое.

В обязательном порядке всем больным выполнялась тональная пороговая аудиометрия, при которой, в подавляющем большинстве случаев, выявлялась кондуктивная тугоухость разной степени выраженности.

При наличии небольшой перфорации с ровными краями, для полноценной аэрации барабанной полости назначались сосудосуживающие капли в нос, капли в ухо не назначали.

При наличии подвижного свободного лоскута барабанной перепонки выполнялось продувание слуховой трубы, при котором чаще всего происходила ретроградная репозиция этого лоскута на свое место. В слуховой проход после этого рыхло вводилась турунда с гипертоническим раствором (диоксизоль).

Если вышеописанным способом не удавалось восстановить естественную дислокацию лоскута, то тогда выполнялась вакуум-экстракция его из барабанной полости размещение в надлежащем месте тимпанального кольца, после чего также вводилась в слуховой проход турунда с диоксизолем, что способствовало улучшению репаративных процессов и уменьшению болевых ощущений. Всем больным назначали общую антибактериальную, противовоспалительную терапию. В редких случаях неэффективности тимпаноластики и формирования стойкой перфорации, проводилось стандартное лечение для прекращения гноетечения и профилактики рецидивов. Для этого 4 детям выполнялась аденотомия.

В послеоперационном периоде на 4-5 сутки начиналось физиотерапевтическое лечение, включающее УФО слухового прохода, лазеротерапию на ухо инфракрасным лазером с частотой 80 Гц (аппарат УЗОР) и микрорезонансную терапию (аппарат микроволновой резонансной терапии ПОРОГ-3).

В случаях сочетанного повреждения барабанной перепонки и слухового прохода применяли метод ультразвуковой кавитации эндотимпанально препаратом «Контрактубекс» и ультразвуковым аппаратом ЛОР-А-ДОН.

Последующее наблюдение в сроки от 3 до 6 месяцев показало, что стойкое полноценное восстановление барабанной перепонки и слуховой функции было у детей. Рубцовые изменения барабанной перепонки и снижение слуха до 10-20 дБ отмечено у 11 человек. Перфорация барабанной перепонки сохранилась у 4 человек.

#### MEDICAL DIAGNOSTIC APPROACH IN INJURIES EARDRUM

Fedorenko AE, Drewniak NS, Shcherbak EV, Baranova TS

Republican Children's Clinical Hospital, Donetsk



**Summary.** Early surgical intervention in order to restore the integrity of the eardrum with its traumatic injuries , followed by anti-inflammatory , reparative , laser therapy and microresonant gives a positive result not only in morphology , but also in the functional aspect , since the phenomenon of conductive hearing loss that occurs after injury , regressed in 95.7 % of cases.

**Keywords:** eardrum injury, the treatment of injuries of the eardrum, hearing loss prevention

УДК 613.3-008-07-053.3

## КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА (обзор литературы)

Чалая Л.Ф., Кучеренко Н.П., Москалюк О.Н., Клевцова И.А\*.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
\*КУ «ГДКБ № 2», г. Донецк

**Резюме.** Представлен обзор литературы, посвященный диагностике функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста, который свидетельствует о разнообразии и сложности выявления данной патологии у пациентов первых лет жизни.

**Ключевые слова:** функциональные гастроинтестинальные нарушения, дети раннего возраста.

Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей первых лет жизни - один из наиболее сложных разделов педиатрии. Это обусловлено не только значительной их частотой, разнообразием нозологических форм, но и сложностью инструментального обследования в силу раннего возраста пациентов. Поэтому в диагностике этой группы заболеваний у детей первых лет жизни особую актуальность приобретают клинические критерии диагностики.

Классификация функциональных гастроинтестинальных расстройств у детей

G.	Детские функциональные гастроинтестинальные расстройства: новорожденные, дети раннего возраста.
G1.	Регургитация у младенцев (Infant Regurgitation).
G2.	Синдром руминации у младенцев (Infant Rumination Syndrome).
G3.	Синдром циклической рвоты (Cyclic Vomiting Syndrome).
G4.	Младенческие колики (Infant Colic).
G5.	Функциональная диарея (Functional Diarrhea).
G6.	Детская дисchezия (Infant Dyschezia).
G7.	Функциональный запор (Functional Constipation).

Функциональные гастроинтестинальные расстройства (ФГР) – это нарушения функции органов пищеварения, обусловленные изменением их регуляции и сопровождающиеся разнообразной комбинацией гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических изменений [1]. В соответствии с современной классификацией и критериями диагностики ФГР у детей (Rome III Diagnostic Criteria), ФГР у детей

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 [1].

**РЕГУРГИТАЦИЯ У МЛАДЕНЦЕВ** (младенческая регургитация): шифр МКБ – R92.1.

Регургитация (срыгивание) – это пассивное поступление содержимого желудка в ротовую полость и из нее.

Диагностические критерии младенческой регургитации:

1. Срыгивания дважды и более в день на протяжении 3-х и более недель.
2. Отсутствие отрыжки, рвоты с кровью, аспирации, апноэ, задержки развития, трудностей при проглатывании пищи и вскармливании, необычных поз.

Диагноз устанавливается при наличии указанных симптомов у детей от 3 недель до 12 месяцев [2,3].

**СИНДРОМ РУМИНАЦИИ**: шифр МКБ – R92.1; F98.2.

Руминация – это постоянная регургитация съеденной пищи, которую ребенок опять пережевывает и повторно глотает.

Диагностические критерии синдрома руминации:

1. Начало в возрасте 3-8 месяцев.
2. Повторные сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы и языка.
3. Поступление желудочного содержимого в ротовую полость, что или откашливается, или пережевывается и повторно проглатывается.
4. Отсутствие тошноты или признаков дискомфорта.
5. Отсутствие симптомов в течение сна и в период общения ребенка с окружающими.

Диагноз устанавливают при наличии 3-х и более признаков в течение, по крайней мере, 3 месяцев [3].

**СИНДРОМ ЦИКЛИЧЕСКОЙ РВОТЫ**: шифр МКБ – R11.

Синдром циклической рвоты – состояние, проявляющееся стереотипными повторными эпизодами рвоты, которые сменяются периодами полного благополучия. Диагноз может быть установлен только путем исключения другой патологии, сопровождающейся рвотой.

Диагностические критерии синдрома циклической рвоты у детей:

1. Стереотипные по началу (острые) и продолжительности (не менее одной недели) эпизоды рвоты.
2. Три и более отдельных эпизодов в предшествующий год.
3. Отсутствие тошноты и рвоты между эпизодами.
4. Соответствие критериям должно соблюдаться в течение не менее 3-х последних месяцев с началом проявлений не менее 6-ти месяцев перед диагностикой [3].

**МЛАДЕНЧЕСКИЕ (КИШЕЧНЫЕ) КОЛИКИ**: шифр МКБ – K59.0

Младенческие колики – это внезапные и выраженные приступы плача и беспокойства младенцев.

В проявлении младенческих колик наблюдается закономерность, которая

называется «Правилем трех»: колики начинаются в первые 3 недели жизни, продолжаются около 3-х часов в день и встречаются преимущественно у детей первых 3 месяцев жизни.

Диагностические критерии младенческих колик:

1. Пароксизмы раздражительности, беспокойства или крика, которые начинаются и прекращаются без очевидной причины.
2. Длительность эпизодов 3 или более часов в день с частотой не менее 3 дней в неделю в течение хотя бы одной недели.
3. Отсутствие признаков прогрессирования процесса.

Диагноз устанавливают при наличии всех перечисленных признаков [4,5].

МЛАДЕНЧЕСКАЯ ДИШЕЗИЯ: шифр МКБ – 10:K59.8.

Младенческая дишезия – это нарушение координации мышц тазовой диафрагмы и сфинктера заднего отверстия, при котором наблюдается дискомфорт во время акта дефекации [3,6].

Диагностические критерии младенческой дишезии:

1. Симптомы появляются на первом месяце жизни и спонтанно исчезают через несколько недель, обычно к 6 месяцам.
2. Перед актом дефекации появляются напряжение ребенка, с покраснением лица, плач.
3. Длительность состояния 10-15 минут, после чего ребенок опорожняет кишечник.
4. Характер испражнений не нарушен.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАРЕЯ: шифр МКБ – K59.1.

Функциональная диарея – это повторная дефекация увеличенным количеством неоформленных каловых масс [1,6].

Диагностические критерии функциональной диареи:

1. Безболезненная ежедневная повторяемая дефекация три и более раз в сутки неоформленными каловыми массами на протяжении 4-х недель и более.
2. Начало симптомов в возрасте между 6-м и 36-м месяцами жизни.
3. Дефекация появляется в период бодрствования.
4. Отсутствует задержка в развитии, если энергетические потребности адекватно удовлетворяются.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЗАПОР: шифр МКБ – K59.0.

Функциональный запор – нарушение функции кишечника, которое проявляется увеличением интервалов между дефекациями (сравнительно с индивидуальной нормой) или систематическим недостаточным опорожнением кишечника.

Диагностические критерии функционального запора у детей раннего возраста:

1. Частота дефекаций менее 6 раз в неделю.
2. Наличие болезненных дефекаций или твердых испражнений.
3. Присутствие большого количества фекальных масс в прямой кишке.
4. Образование «каловых камней», которые могут затруднять дефекацию.

5. Наличие перечисленных выше признаков сопровождается раздражительностью, снижением аппетита, чувством раннего насыщения.

Отмеченные признаки немедленно исчезают после дефекации.

Диагноз устанавливают при наличии не менее 2-х признаков в течение одного месяца [1, 3].

Таким образом, функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта у детей разнообразны. Их диагностика у пациентов первых лет жизни представляет определенные сложности, так как подтвердить функциональный характер патологии в большинстве случаев возможно только после проведения инструментального обследования, что весьма затруднительно в силу раннего возраста обследуемых.

### **Литература**

1. Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // *Gastroenterology*. – 2006. – Vol. 130, № 5. – P. 1377-1390.

2. Кешишян Е.С., Бердникова Е. К., Хавкин А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста // *Практика педиатра*. – 2012. – № 9. – С. 12-16.

3. Nyman P. E., Milla P. J., Bennis M. A. Childhood functional gastrointestinal disorders : neonate // *Am. J. Gastroenterol.* – 2006. – Vol. 130, № 5. – P. 1519-1526.

4. Leung A. K., Leman J. F. Infantile colic: a review // *J. R. Soc. Health.* – 2004. – Vol. 124, № 4. – P. 1162-1168.

5. Приворотский В. Ф. Младенческие кишечные колики: проблема и пути решения // *Педиатрия*. – 2012. – № 4. – С. 98 -105.

6. Бабаян М.Л. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей: от общего к частному // *Участковый педиатр*. – 2013. – № 2. – С.17-23.

### **CLINICAL CRITERIA OF FUNCTIONAL GASTROINTESTINAL DISORDERS FOR CHILDREN OF EARLY AGE (review of literature)**

Chalaya L.F., Moskalyuk O.N., Klevcova I A

M. Gorky Donetsk national medical university

MI «ТССН № 2», Donetsk

**Summary.** The review of literature is devoted of diagnostics of functional gastrointestinal disorders 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 gastrointestinal disorders, children of early age.

УДК 616-006.487:616-002.77

«РЕВМАТОИДНАЯ МАСКА» НЕЙРОБЛАСТОМЫ (случай из практики)

Челпан Л.Л., Панова Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

**Резюме.** В статье представлен клинический случай нейробластомы заднего средостения у ребенка. Заболевание проявлялось симптомами артрита тазобедренного сустава и было диагностировано на стадии метастазирования в костный мозг.

**Ключевые слова:** нейробластома, дети, артрит.

Нейробластома (злокачественная опухоль симпатической нервной

системы) — самая загадочная опухоль детского возраста, как с клинической, так и с биологической точек зрения. Название "нейробластома" предложено J.Wright, который в 1910 году показал, что ряд опухолей забрюшинного пространства и заднего средостения имеют четкое морфологическое сходство с тканью развивающейся симпатической нервной системы. Нейробластома может возникнуть практически в любом месте организма, где присутствуют симпатические ганглии или параганглии.

Клиническая картина заболевания зависит от локализации первичной опухоли, от наличия и локализации метастазов, от количества вазоактивных веществ, продуцируемых опухолью. Основными жалобами являются боль (у 30-35%), лихорадка (25-30%), потеря массы (20%). Поражение шейно-грудного отдела симпатического ствола рано вызывает синдром Горнера, что делает возможным сравнительно раннюю диагностику опухоли, возникающей из этих отделов. Локализация опухоли в заднем средостении может стать причиной навязчивого кашля, дыхательных расстройств, деформации грудной стенки, может вызвать дисфагию, а у малышей - частые срыгивания. Поражение костного мозга влечет за собой анемию и геморрагический синдром. Характерен симптом "очков" с экзофтальмом при поражении ретробульбарного пространства у детей с 4 стадией заболевания. Метастазы в кожу имеют синюшно-багровую окраску и плотную консистенцию. При локализации процесса в забрюшинном пространстве пальпация выявляет бугристую, каменистой плотности, практически несмещаемую опухоль. Распространение опухоли из грудной полости в забрюшинное пространство через диафрагмальные отверстия вызывает тот же симптом "песочных часов" или "гантелей".

Очень часто выражены общие симптомы: потеря веса, слабость, костные и суставные боли, анемия, лихорадка. Довольно часто ребенок долго обследуется по поводу костных болей с диагнозами: артриты, эпифизиты - ревматоидного или неспецифического характера, до той поры, пока не разовьются общие симптомы заболевания.

Повышение артериального давления может быть связано либо с избыточной секрецией опухолью катехоламинов, либо со сдавлением почечных сосудов. Некупируемая диарея, симптом, хотя и редкий, может долго маскировать истинную причину кишечных расстройств. Неврологическая симптоматика бывает выражена у детей, чья опухоль локализуется паравертебрально с проникновением в спинно-мозговой канал, либо при первичной интраспинальной локализации. Группа больных, имеющих мозжечковую атаксию, что обычно связано с локализацией первичной высоко дифференцированной опухоли в средостении, имеет хороший прогноз. Нистагм, который сопровождает это состояние, дал название синдрому "пляшущих глаз".

К сожалению, более половины больных к моменту диагностики имеют 4 стадию процесса, т.е. у них выявляются отдаленные метастазы

Для диагностики нейробластомы у детей наиболее информативны

компьютерная и магнитно-резонансная томография, сцинтиграфия с метайодбензилгуанидином. При подозрении на наличие нейробластомы обязательно выполнение биопсии костного мозга. Онкомаркеры также полезны для диагностики нейробластомы у детей (маркеры мочи — катехоламины, сывороточные маркеры — нейроспецифическая енолаза, ферритин, лактатдегидрогеназа, онкогены). Обязательно выполнение костномозговой пункции или трепанобиопсии грудины и крыла подвздошной кости. Ультразвуковое исследование должно всегда выполняться первым при подозрении или наличии опухоли в брюшной или тазовой полостях.

Приводим собственное клиническое наблюдение. Ребенок С., 3 лет 2 мес., поступил в Республиканскую детскую клиническую больницу в феврале 2016 года с жалобами на повышение температуры тела до 38°C, боль в тазобедренных суставах и крестцовом отделе позвоночника, нарушение походки. Заболел за 1,5 месяца до поступления, когда после перенесенного острого тонзиллофарингита, по поводу которого получал цефтазидим, симптоматическое лечение, появилась боль в суставах, повысилась температура тела до 38,5°C. Лечился в стационаре по поводу реактивного артрита, получал медоцеф, диклофенак, нурофен, но болевой синдром сохранялся.

Из анамнеза известно, что ребенок родился от I беременности, I срочных родов, масса при рождении 3600, 0. Рос и развивался соответственно возрасту. Привит по плану. С раннего возраста наблюдались периодические боли в коленных, тазобедренных суставах, регистрировался непостоянный субфебрилитет. Семейный анамнез отягощен по сахарному диабету.

Состояние ребенка при поступлении тяжелое. Обращает внимание выраженная бледность кожных покровов с восковидным оттенком. Беспокоят боли в правой ноге, в том числе ночные, которые уменьшаются на фоне приема НПВП (вольтарен). Походка нарушена, по типу «утиной». Правильного телосложения. Удовлетворительного питания. Слизистая полости рта чистая, бледная. Пальпируются шейные, паховые лимфатические узлы до 2,0 см в диаметре. Суставы внешне не изменены. Движения в тазобедренных суставах ограничены, болезненные при ротации кнаружи, особенно справа. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные, учащены, систолический шум на верхушке и в V точке. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см ниже края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

В анализе крови: Нв — 91 г/л; Э — 3,2 Т/л; ЦП — 0,85; Л — 6,0 Г/л; э — 3 %; мц — 2 %; п — 15 %; с — 18 %; л — 50 %; м — 12 %; СОЭ — 67 мм/ч, Умеренно выражены анизоцитоз, пойкилоцитоз. В анализе мочи без патологии.

Иммунологическое исследование: скрининг ANA — наблюдается свечение клеток в состоянии митоза (титр 1:1000), что свидетельствует о наличии антинуклеарных аутоантител. ФНО-α сыворотки — 7,8 пг/мл (норма).

На рентгенограмме тазобедренных суставов костно-деструктивных изменений не выявлено. УЗИ брюшной полости: эхопризнаки диффузных изменений печени, умеренной спленомегалии. УЗИ почек, мочевого пузыря:

эхопризнаки умеренной реномегалии. УЗИ тазобедренных суставов: данные в пользу экссудативно – пролиферативного синовита правого тазобедренного сустава. Компьютерная томограмма грудной и брюшной полости – признаков неопластического процесса в органах грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства и таза, не выявлено.

Учитывая длительность заболевания (более 1,5 месяцев), сонографически подтвержденный пролиферативный синовит правого тазобедренного сустава, положительные иммунологические маркеры, высказано предположение о дебюте ювенильного идиопатического артрита. Настораживали ночные боли, наличие анемии, высокой лабораторной активности, а также болезненность при поколачивании костей, в частности, крестца. В этой связи проводилась дифференциальная диагностика с миелопролиферативным заболеванием, с этой целью исследована миелограмма. В пунктате костного мозга наличие бластных клеток не установлено, однако костный мозг имел малоклеточный характер. По согласованию с гематологом данное исследование выполнено повторно. При этом выявлены как отдельно лежащие, так и группы клеток, вероятнее всего исходящие из опухолевого процесса не костно-мозгового происхождения.

Мазки костного мозга консультированы в Институте экспериментальной патологии, онкологии и радиобиологии им. Кавецкого г. Киева: выявлены опухолевые клетки, вероятно нейробластома с метастазированием в костный мозг.

Таким образом, клинически у ребенка больше данных в пользу нейробластомы с неуточненной локализацией, с диссеминацией в костный мозг. Ребенок направлен в специализированную онкологическую клинику, где выполнено МРТ с контрастированием, что позволило выявить первичный очаг опухоли, нейробластому заднего средостения.

### **Литература**

1. Максимова С.М., Самойленко И.Г., Бухтияров Э.В. Пульмонологическая манифестация нейробластомы у детей. //Здоровье ребенка.- 2013. – 6(49). – С. 34-36.
2. Алиев М.Д., Воляков В.Г. Злокачественные опухоли у детей // Онкология. Национальное руководство / Под ред. В.М. Чиссова, М.М. Давыдова. — М.: ГэотарМедиа, 2008. — С. 956962.
3. Федякова Ю.С. Нейробластома у детей. Клиникоэпидемиологическое исследование: Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2010. — 91 с.

" RHEUMATOID MASK " NEUROBLASTOMA (case study)

Chelpan L.L., Panova N.V.

M. Gorky Donetsk national medical university

Regional children clinical hospital, Donetsk

**Summary.** The article presents a clinical case of the posterior mediastinum the child neuroblastoma. The disease is manifested symptoms of arthritis of the hip joint was diagnosed at the stage of metastasis to the bone marrow.

**Key words:** neuroblastoma, children, arthritis.

## ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ, ХИРУРГИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

УДК 616.366-002-036.12-085-089.17

### ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНО ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Борота А.В., Хацко В.В., Греджев Ф.А.,

Брахми Ноамен Бен Амара, Пархоменко А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В статье проанализированы результаты предоперационного консервативного лечения у 114 пациентов с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ), лечившихся в клинике за последние 7 лет. Из них женщин было 67 (59,1%), мужчин – 47 (40,9%) в возрасте  $43,0 \pm 6,7$  года. Больным применяли стандартные и лучевые методы исследования. Все пациенты разделены на 2 однородные группы: 70 чел. (I группа - основная) получали стандартную и усовершенствованную (2 патента) терапию, а 44 чел. (II группа - контрольная) – только стандартное лечение. Всем больным затем выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Усовершенствованное консервативное лечение перед операцией позволило снизить на 3,3% количество послеоперационных осложнений и на 25,6% повысить показатели качества жизни в отдалённом периоде.

**Ключевые слова:** хронический бескаменный холецистит, комплексное лечение.

Среди всех заболеваний жёлчевыводящих путей хронический бескаменный холецистит (ХБХ) встречается у 8 - 30% больных. Заболеваемость им составляет 6 - 7 на 1000 населения в год. Женщины, особенно молодые, болеют в 3- 4 раза чаще мужчин [4, 2, 3].

До настоящего времени актуальность этой патологии весьма велика, так как мнения многих авторов разноречивы относительно радикального лечения. Основным методом лечения этой патологии является консервативный, однако в последние годы участились случаи бескаменного холецистита и в работе хирургов [2, 1]. Важное значение имеет предоперационная подготовка у таких пациентов.

**Цель работы** - определить рациональный объём предоперационной консервативной терапии у больных ХБХ с целью уменьшения количества послеоперационных осложнений и повышения качества жизни в отдалённом периоде.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты предоперационного консервативного лечения у 114 пациентов ХБХ, лечившихся в I и II хирургических отделениях ДокТМО за последние 7 лет. Это составило 8,1% от всех операций, выполненных по поводу доброкачественных заболеваний желчевыводящих путей. Из них женщин было 67 (59,1%), мужчин - 47 (40,9%) в возрасте  $43,0 \pm 6,7$  года. Пациенты прошли тщательное стандартное клиническое обследование.

Все больные разделены на 2 группы: 70 чел. (I группа - основная) получали усовершенствованное предоперационное консервативное лечение, с учётом типа дискинезии ЖП, сопутствующих заболеваний и вегетативных



нарушений (2 патента), а 44 чел. (II группа - контрольная) - только стандартную консервативную терапию. По всем критериям группы были однородными. После такой предоперационной подготовки всем пациентам сделана лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Показаниями к хирургическому лечению ХБХ явились: упорное течение заболевания с сохранённой функцией ЖП, по имеющимся спайками, деформацией, перихолециститом; "отключённый" или резко деформированный ЖП, даже при отсутствии резких болей; бескаменный шейечный холецистит, холестероз ЖП; неэффективность длительного консервативного лечения; присоединение трудно поддающихся терапии осложнений - панкреатита, холангита; аномалии пузыря при ХБХ; атипичные формы ХБХ - кардиальная, поясничная, гастродуоденальная; стойкая утрата накопительной, концентрационной и эвакуаторной функции ЖП за счёт его "сморщивания".

**Результаты.** Цель предоперационного консервативного лечения - купирование болей, восстановление дисфункции ЖП и сфинктерного аппарата, подавление инфекции и воспалительного процесса в пузыре, восстановление нарушенного пищеварения, обусловленного билиарной недостаточностью.

Лечебная программа ХБХ включала: режим; диетотерапию, лекарственную терапию в период обострения; купирование болевого синдрома; применение желчегонных средств; антибактериальную терапию; нормализацию функций вегетативной нервной системы; иммуномодулирующую терапию и повышение общей реактивности организма; физиотерапию, фитотерапию, водолечение.

При наличии психоэмоциональных нарушений (в 83% случаев), признаков эндогенной депрессии, нейровегетативных расстройств дифференцированно применяли средства, нормализующие психосоматический статус: седативные средства, транквилизаторы, антидепрессанты. Хороший эффект получили при сочетании Афобазола с гепабене и витамином, гербастресса - с полифитохолом.

Для купирования болевого синдрома применяли селективные миотропные спазмолитики (дуспаталин, мебефин ретард), неселективные (метацин, платифиллин, баралгин) и селективные M<sub>1</sub> - холиноблокаторы (гастроцепин). Для мебеверина гидрохлорида (дуспаталина, мебефина ретарда), кроме того, характерно отсутствие вазодилатирующего и кардиотропного эффектов.

В основе медикаментозного лечения ХБХ была противовоспалительная терапия. Выбор антибактериального препарата зависел от индивидуальной переносимости и от чувствительности к антибиотику микрофлоры жёлчи.

Желчегонные препараты назначали дифференцированно, в зависимости от вида дискинезии, сопровождающей ХБХ (дехолин, аллохол, холензим и др.). При гипертонусе сфинктера Одди использовали антихолинергические средства (атропин, платифиллин, метацин, спазмолитин и др.). Селективный спазмолитический эффект на сфинктер Одди оказывает Дюспаталин (по 200 мг 2 раза в день в течение 2 нед.). Больным ХБХ с гипокинезией ЖП

рекомендовали некрепкие бульоны, сливки, сметану, прокинетики в течение 10 - 14 дней: цизаприд, домперидон (мотилиум), метоклопрамид в комбинации с холеретиками, препаратами желчных кислот. Одестон (по 200 - 400 мг 3 раза в сутки перед едой) усиливает холерез и обладает селективным спазмолитическим эффектом в отношении сфинктера Одди. Для повышения тонуса ЖП назначали холекинетики (сорбит, ксилит, сульфат магния, ровахол, олиметин).

У пациентов I группы применили усовершенствованные способы консервативного лечения: 1. Патент № 100306 от 27.07.2015г. «Способ лечения гипотонической формы дискинезии желчевыводящих путей и вегетативных нарушений у больных с хроническим бескаменным холециститом»; 2. Патент № 100992 от 25.08.2015г. «Способ лечения гипертонически-гиперкинетической формы дискинезии желчевыводящих путей и вегетативных нарушений у больных с хроническим бескаменным холециститом».

Медикаментозную терапию эффективно дополняли физиотерапевтическими процедурами: при гипертонусе ЖП - электрофорез по Щербаку и Вермелю, индуктотермия на область правого подреберья; при гипотонической дискинезии пузыря - фарадизация, электрофорез с сульфатом магния, лечебная физкультура.

После предоперационной подготовки 70 пациентам I группы и 44 чел. II группы выполнена лапароскопическая холецистэктомия. После операции в I группе отмечено 2,1% различных осложнений, а во II группе - 5,4%. В отдалённом периоде (через 1 - 5 лет) после ЛХЭ достоверно ( $p < 0,05$ ) повышены показатели качества жизни: у пациентов I группы - на 62,9%, во II группе - на 37,3%.

Таким образом, исключив факторы, вызывающие развитие хронических холециститов, применяя лечебное рациональное питание, фармакологические средства, фитотерапию, физиотерапевтическое лечение, можно воздействовать на сложные патогенетические механизмы развития хронического бескаменного холецистита и предотвратить развитие желчнокаменной болезни. Санация хронических очагов инфекции, лечение основных заболеваний являются обязательными компонентами лечения и позволяют предотвратить развитие хронического холецистита или его обострение. Учитывая многообразие факторов и сложные механизмы развития патологии желчевыводящих путей, лечение требует терпения, как от врача, так и от больного, и должно быть последовательным (медикаментозная терапия, фитотерапия, минеральные воды). При определённых показаниях целесообразно выполнять операцию - лапароскопическую холецистэктомию. Дифференцированное, усовершенствованное консервативное лечение перед операцией позволило снизить на 3,3% после ЛХЭ количество осложнений и на 25,6% повысить показатели качества жизни в отдалённом периоде.

### **Литература**

1. Гончарик И.И. Хронический бескаменный холецистит / И.И.Гончарик, Т.В.Малая // Здравоохранение. - 2011. - № 9. - С. 36 - 41.

2. Звягинцева Т.Д. Хронический бескаменный холецистит / Т.Д.Звягинцева, И.И.Шаргород // Ліки України. - 2010. - № 8 (144). - С. 18 - 24.

3. Ильченко А.А. Тактика ведения больного хроническим бескаменным холециститом / А.А.Ильченко // Справочник поликлинического врача. - 2010. - № 3. - С. 72 - 77.

4. Скворцов В.В. Актуальные вопросы терапии хронического некалькулезного холецистита / В.В.Скворцов, А.В.Тумаренко // Лечащий врач. -2009. - № 2. - С. 11 - 18.

#### PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS WITH CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS, WHICH SHOWED OPERATIVE TREATMENT

Borota A.V., Khatsko V.V., Gredjev F.A., Brahmi Noamen Ben Amara, Parkhomenko A.V.  
M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The results of preoperative conservative treatment in 114 patients with chronic acalculous cholecystitis (CAC) treated in surgical clinic for the last 7 years were analyzed the article,. Of these, 67 were women (59.1%), men - 47 (40.9%) aged  $43,0 \pm 6,7$  years. Patients applied the standard and advanced methods. All patients were divided into two homogeneous groups of 70 people. (Group I - Basic) received standard and advanced (2 patents) therapy, and 44 people (II group - controlling) - only the standard treatment. All patients then underwent laparoscopic cholecystectomy. Advanced conservative treatment before surgery reduced the 3.3% rate of postoperative complications and a 25.6% increase in the quality of life indicators in a remote period.

**Key words:** acalculous chronic cholecystitis, complex treatment.

УДК 616.36 – 006 – 073.48

#### ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Вакуленко И.П., Хацко В. В., Шаталов А.Д., Фоминов В.М., Войтюк В.Н.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Проанализированы результаты ультразвукового метода исследования у 316 больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени, лечившихся в клинике за 10 лет. Женщин было 219 (69,3%), мужчин – 97 (30,7%) в возрасте от 19 до 78 лет. По данным УЗИ и комплексного обследования, выявлены следующие виды очаговых образований печени: непаразитарная киста - 164 (51,9%), абсцесс – 57 (18%), гемангиома – 43 (13,6%), гидатидозный эхинококк – 36 (11,4%), аденома – 12 (3,8%), локальная узловатая гиперплазия – 4 (1,3%). Диагностическая точность ультразвукового исследования составила 88,5%, а чувствительность – 100%. Это исследование является общедоступным, информативным и должно выполняться на первом этапе диагностики.

**Ключевые слова:** ультразвуковое исследование, доброкачественные очаговые образования печени.

На современном этапе возможности раннего выявления патологических образований в печени значительно расширились в связи с широким внедрением в клиническую практику ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и др. Лучевые методы диагностики позволяют не только выявлять очаговые образования печени (ООП) менее 1,0 см в диаметре, но и проводить дифференциальную диагностику между их отдельными видами.

УЗИ является относительно недорогим, широкодоступным и весьма информативным методом визуализации доброкачественных очаговых образований печени (ДООП). Уже на первом этапе диагностики УЗИ позволяет получить почти исчерпывающую информацию.

**Цель исследования:** определение возможностей ультразвукового исследования в диагностике ДООП.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты ультразвукового исследования 316 больных с ДООП, лечившихся в I хирургическом отделении ДоКТМО за 10 лет. Женщин было 219 (69,3%), мужчин – 97 (30,7%). Средний возраст пациентов составил  $47,5 \pm 2,2$  г. (от 19 до 78 лет).

Методами исследования явились: клиничко-лабораторные, УЗИ, КТ, МРТ, морфологические, статистические. Комплексное УЗИ, включающее серо-шкальное сканирование в В-режиме, цветное доплеровское картирование и спектральную доплерографию производили на аппаратах Aloka 2000, 5500 (Япония), Siemens Sonoline Elegra (Германия) конвексными датчиками 2,5 МГц. Исследование проводили в день обращения пациентов в клинику.

**Результаты.** После ультразвукового и комплексного обследования выявлены следующие виды ДООП: киста непаразитарная – 115 (47,7%), киста паразитарная – 32 (13,3%), абсцесс – 87 (30,1%), гемангиома – 5 (2,1%), аденома – 2 (0,8%). У 26 чел. для уточнения диагноза пришлось применить КТ, у 17 – МРТ.

Сонографическими признаками кисты явились: округлая форма, чёткие контуры, анэхогенное содержимое, эффект усиления УЗ-луча за кистой, наличие боковых акустических теней или ослабления эхосигнала от боковых стенок кисты. Диагностическая точность метода составила 88,5%, чувствительность – 100%.

Ультразвуковыми критериями гидатидозного эхинококкоза печени были: наличие чёткой капсулы, перетяжек и мембран в полости, дочерних кист в полости, неоднородность кисты с наличием гиперэхогенных включений. Максимальное значение диагностической точности УЗИ достигло 83,9% (анэхогенность образования), а чувствительность – 100% (аваскулярность образования).

При абсцессе печени точность параметров УЗИ составила 86,1% (однородный жидкостный характер образования), а чувствительность – 100% (аваскулярность образования). Абсцессы печени гипоэхогенны при УЗИ, в центральной части их выявлялся бесструктурный участок с формированием затем эхонегативной полости, содержащей жидкость.

При гемангиоме печени диагностическая точность УЗИ составила 88,5% (комплексный жидкостный характер образования), а чувствительность – 100% (гиперэхогенная структура и наличие дистального псевдоусиления). Большие кавернозные гемангиомы лучше верифицировались с помощью КТ и МРТ.

Для узловой гиперплазии печени при цветной доплерографии характерной была центральная питающая артерия с радиально расходящимися ветвями, эхогенность была различной.

Аденомы при УЗИ были гипо- и гиперэхогенными, часто имели неоднородную структуру. КТ выявляла её пониженную плотность.

Таким образом, ультразвуковой метод диагностики ДООП является не только общедоступным, относительно недорогим, но и очень информативным методом. Диагностическая точность метода составляет около 88,5%, а чувствительность – 100%. УЗИ целесообразно выполнять на первом этапе диагностики, однако КТ в некоторых случаях более информативно.

### Литература

1. Бондаревский И. Я. Возможности ультразвуковой диагностики в выявлении очаговых образований печени / И. Я. Бондаревский, В. Н. Бордуновский, А.Ю. Кинзерский // Мед. визуализация. – 2011. - № 5. – С. 19-24.

2. Глушков Н. И. Возможности ультрасонографии в диагностике и лечении непаразитарных кист и абсцессов печени / Н. И. Глушков // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2009. – Т.168, № 3. – С. 76-78.

3. К вопросу ультрасонографической диагностики непаразитарных кист печени / Глухов А. А., Новомлинский В. В., Чвикалов Е. С., Остроушко А. П. // Вестник эксперим. и клин. хирургии. – 2012. – Т. 5, № 2. – С. 415-422.

4. Новомлинский В. В. Роль ультразвукового исследования в диагностике и лечении пациентов с непаразитарными кистами печени /В. В. Новомлинский, А.А.Глухов, Е.С.Чвикалов, // Альманах Института хирургии имени А. В. Вишневского. – 2011. - № 2. – С. 268 - 269.

### POSSIBILITY OF ULTRASONOGRAPHY IN DIAGNOSIS OF BENIGN FOCAL LESIONS OF LIVER

Vakulenko I.P., Khatsko V.V., Shatalov A.D., Fominov V.M., Voytyuk V.N.  
M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** The results of the ultrasonic method study in 316 patients with benign focal liver formations treated in the hospital for 10 years. Women were 219 (69.3%), men - 97 (30.7%) aged 19 to 78 years. According to the US, and a comprehensive survey revealed the following focal lesions of the liver: non-parasitic cyst - 164 (51.9%), abscess - 57 (18%), hemangioma - 43 (13.6%), hydatid echinococcus - 36 (11, 4%), adenoma - 12 (3.8%), local nodular hyperplasia - 4 (1.3%). The diagnostic accuracy of ultrasound was 88.5% and sensitivity of - 100%. This study is publicly available, informative, and should be carried out on the first stage of diagnosis.

**Key words:** ultrasound, benign focal liver formation.

УДК: 616.831-005.1-089.166-08-039.35

### НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И МОНИТОРИНГА У БОЛЬНЫХ СО СПОНТАННЫМИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫМИ И ПАРЕНХИМАТОЗНЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ

Городник Г.А., Смирнова Н.Н., Герасименко А.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение

**Резюме.** Больные в остром периоде субарахноидального кровоизлияния и (или) паренхиматозного кровоизлияния вследствие разрыва церебральных аневризм нуждаются в терапии направленной на нормализацию показателей среднего артериального давления, внутричерепного давления, церебрального перфузионного давления. Проведение терапии,

направленной на поддержание внутричерепного давления на уровне менее 20 мм.рт. ст. и церебрального перфузионного давления в пределах 70 мм. рт. ст., сопровождается улучшением неврологических исходов заболевания, снижением количества периоперационных осложнений и неблагоприятных исходов. Церебральная оксиметрия является перспективным диагностическим методом при комплексном динамическом клинико-инструментальном мониторинге больных со спонтанными субарахноидальными и паренхиматозными кровоизлияниями, находящимися в критическом состоянии.

**Ключевые слова:** субарахноидальное кровоизлияние, внутримозговая гематома, интенсивная терапия, среднее артериальное давление, внутричерепное давление, церебральное перфузионное давление, церебральная оксиметрия.

Одним из важных факторов, влияющих на прогноз заболевания у больных со спонтанными субарахноидальными и паренхиматозными кровоизлияниями, находящимися в критическом состоянии, является внутричерепная гипертензия [6]. С первых секунд кровоизлияния запускается сложный каскад патофизиологических реакций, важнейшие из которых – нарушение ауторегуляции мозгового кровотока, вазоспазм, нарушение ликворциркуляции [1,3]. Эти процессы провоцируют развитие острой внутричерепной гипертензии (ВЧГ), обусловленной как непосредственно кровоизлиянием, так и осложнениями после него: вазоспазм, отек и ишемия, острая гидроцефалия [2,4]. Поэтому одним из наиболее важных моментов в ведении больных в остром периоде субарахноидального кровоизлияния (САК) и (или) паренхиматозного кровоизлияния после разрыва церебральных аневризм является своевременная и точная оценка внутричерепного давления (ВЧД), церебрального перфузионного давления (ЦПД), среднего артериального давления (САД). Не менее важной задачей интенсивной терапии больных с САК, находящихся в критическом состоянии, является диагностика, профилактика и лечение вторичных ишемических повреждений головного мозга [5]. Расчёт показателей церебральной оксигенации ( $rSO_2$ ) с использованием неинвазивных методов позволяет осуществлять непрерывный мониторинг этого важного физиологического показателя. Имеются сведения об успешном клиническом применении данной методики для мониторинга вторичных ишемических повреждений головного мозга и контроля за проводимым лечением в нейроанестезиологии (А.Ю.Лубнин, А.В.Мошкин, 1997, Г.И.Тома и соавт. 1998, Б.И.Караваев 2003, Таранова И.И. и соавт., 2008).

**Цель.** Повышение эффективности комплекса интенсивной терапии и мониторинга функционального состояния головного мозга у больных со спонтанными субарахноидальными и паренхиматозными кровоизлияниями.

**Материалы и методы.** Обследовано 34 больных со спонтанным субарахноидальным и паренхиматозным кровоизлияниями вследствие разрыва церебральных аневризм. Тяжесть состояния по классификации Hunt-Hess у 13 больных была III степени, у 21 пациентов - IV степени. Глубина нарушения сознания по ШКГ у 19 человек 6-7 баллов, у 15 больных 9-10 баллов. Всем больным проводилась компьютерная томография (КТ) на аппарате Philips Brilliance CT, церебральная ангиография на аппарате Philips Allura Xper, транскраниальная доплерография (ТКДГ) аппаратом Philips HD 11 XE,

инвазивный мониторинг ВЧД, САД и ЦПД с помощью системы Spiegelberg: ICP-monitor и Spiegelberg: Compliance-Monitor, мониторинг церебральной оксиметрии аппаратом INVOS – 4100 Somanetics, мониторинг адекватности седации во время оперативного вмешательства - BIS мониторинг.

**Результаты и обсуждение.** По результатам КТ у всех больных было массивное субарахноидальное кровоизлияние с внутримозговой гематомой.

По результатам церебральной ангиографии у всех 34 пациентов была выявлена церебральная аневризма. Больным проводилось оперативное лечение (клипирование аневризмы, удаление гематомы), интраоперационно устанавливали датчик ВЧД. В 22 случаях датчик ВЧД был установлен в желудочки мозга, в 12 случаях интрапаренхиматозно.

Методом выбора анестезиологического обеспечения при таких операциях была общая анестезия на основе севофлюрана с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) в режиме нормо- или умеренной гипервентиляции. Такой метод отличается легкой управляемостью и коротким временем пробуждения больного.

Мониторинг церебральной оксиметрии, ВЧД, САД, ЦПД проводили во время операции и после оперативного вмешательства в отделении нейрореанимации.

На основании данных нейрофизиологического мониторинга проводилась медикаментозная терапия с учетом современных представлений о патофизиологии спонтанных кровоизлияний, периодов течения болезни.

У 21 больного интраоперационный период протекал со стабильными показателями гемодинамики ЦПД, ВЧД и церебральной оксиметрии. Причем показатели  $rSO_2$  у этих больных были на уровне 65–75 % на стороне без выраженного ангиоспазма и 62–68 % на стороне с ангиоспазмом. Отмечалось, незначительное, на 5–8 % от исходного, снижение показателей  $rSO_2$  во время интубации трахеи, а так же в период давления на мозг шпателей ретрактора.

В послеоперационном периоде у этих больных показатели  $rSO_2$  были 65–75%, ЦПД в пределах 75–80 мм.рт. ст. при ВЧД от 12 до 20 мм. рт. ст. и стабильных показателях САД, что достигалось применением следующего алгоритма действий:

1. Создавалось возвышенное положение головного конца кровати (20–30°), убеждались в отсутствии сгибания в шейном отделе позвоночника.

2. Проводилась адекватная аналгоседация. Исключали задержку мочи.

3. Контролировалось проведение ИВЛ (добивались полной синхронизации пострадавшего с респиратором),  $SpO_2$ , газы крови.

4. Нормализовали температуру тела.

5. Оценивали адекватность ОЦК путем интерпретации показателей центральной гемодинамики, измерения ЦВД.

6. Проводился постоянный контроль показателей  $rSO_2$ , САД, ЦПД и ВЧД. (Рисунок 1).

7. Всем пострадавшим во время операции и в послеоперационном периоде проводили противоотечную и нейропротекторную терапию: сорбилакт,

L-лизина эсцинат, нимотоп, цитиколин, актовегин, холина альфосцерат.

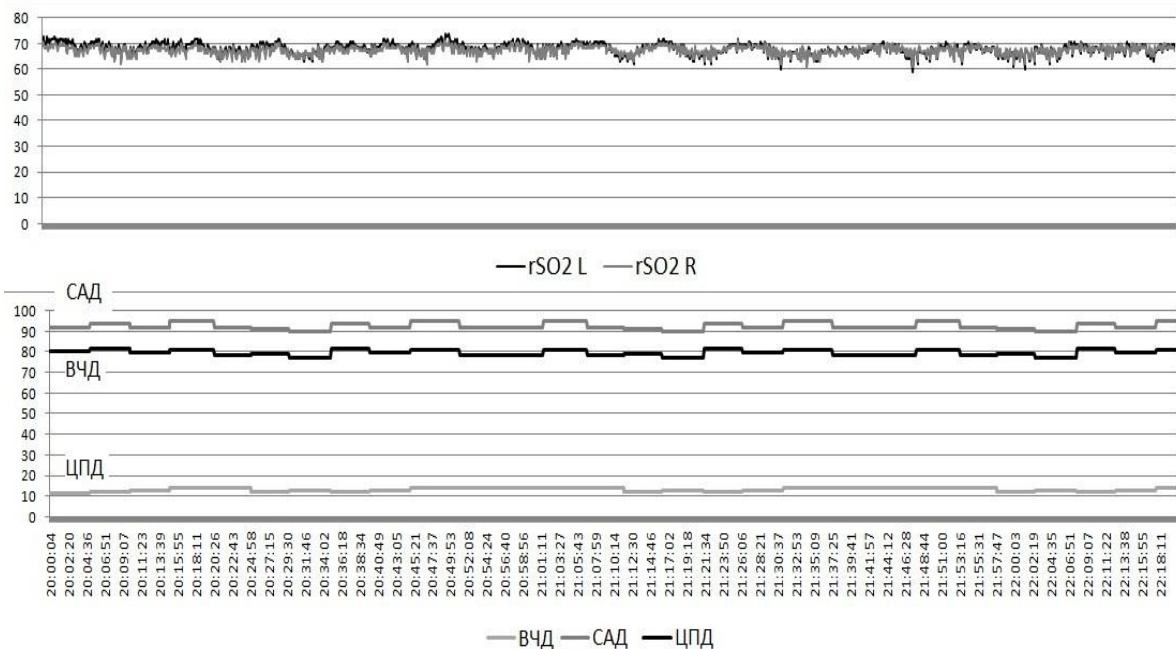


Рисунок 1. Показатели rSO<sub>2</sub>, САД, ЦПД и ВЧД.

У 10 больных в послеоперационном периоде отмечался рост ВЧД более 25-30 мм.рт. ст., снижение показателей rSO<sub>2</sub> до 55-60% и снижение ЦПД менее 70 мм. рт. ст. при стабильных показателях САД, то есть снижение ЦПД было обусловлено повышением ВЧД.

В этих случаях применялось изменение режима ИВЛ. Кратковременно (не более 1 часа) применялась умеренная гипервентиляции с поддержанием показателей РаО<sub>2</sub> 35-40 мм.рт. ст., что позволило у 4-х больных нормализовать показатели ВЧД и повысить ЦПД до значений 75-85 мм. рт. ст., улучшились показатели rSO<sub>2</sub> до 65-70% (Рисунок 2).

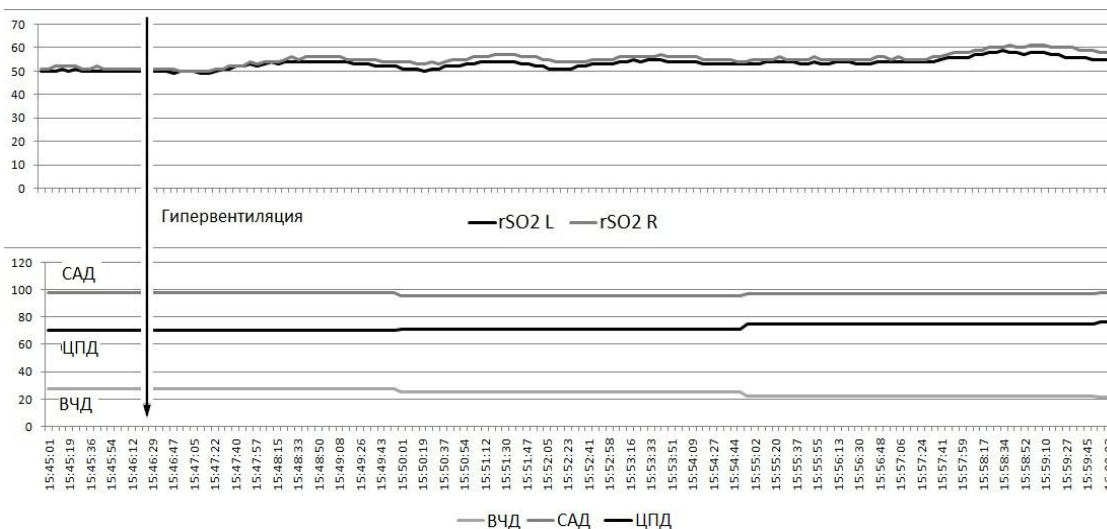


Рисунок 2. Показатели rSO<sub>2</sub>, САД, ЦПД и ВЧД в динамике.

У 6-и пациентов изменение режимов ИВЛ не привело к нормализации rSO<sub>2</sub> и снижению ВЧД. Этим пациентам был применен следующий этап алгоритма: введение маннитола (Рисунок 3).



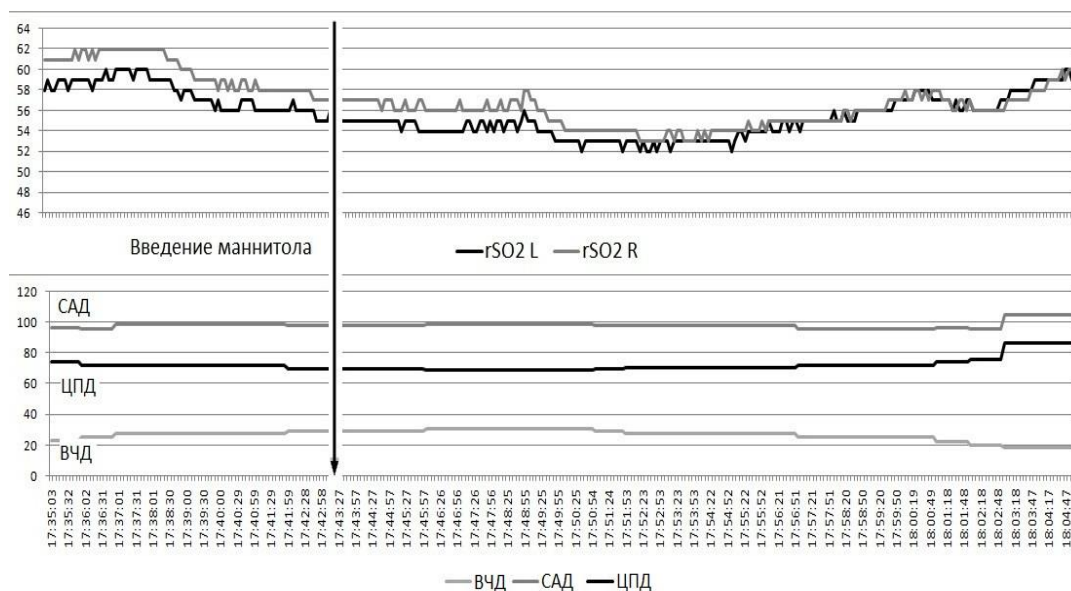


Рисунок 3. Показатели  $rSO_2$ , САД, ЦПД и ВЧД после введения маннитола.

У 3 пациентов введение осмотических диуретиков не привело к нормализации показателя  $rSO_2$  и ВЧД. Им был применен следующий этап алгоритма: дозированное (под контролем ВЧД) дренирование вентрикулярного ликвора.

У 2-х из них ликвор выводился однократно в сутки, что привело к стабильному снижению ВЧД и росту ЦПД, нормализации показателя  $rSO_2$ . У 1-го пациента через 5-6 часов отмечался повторный рост ВЧД, снижение  $rSO_2$ , которое не поддавалось коррекции умеренной гипервентиляцией и введением маннитола. У этого больного ликвор выводился повторно в объеме 10-15 мл, что привело к стабилизации  $rSO_2$ , ВЧД и ЦПД (Рисунок 4).

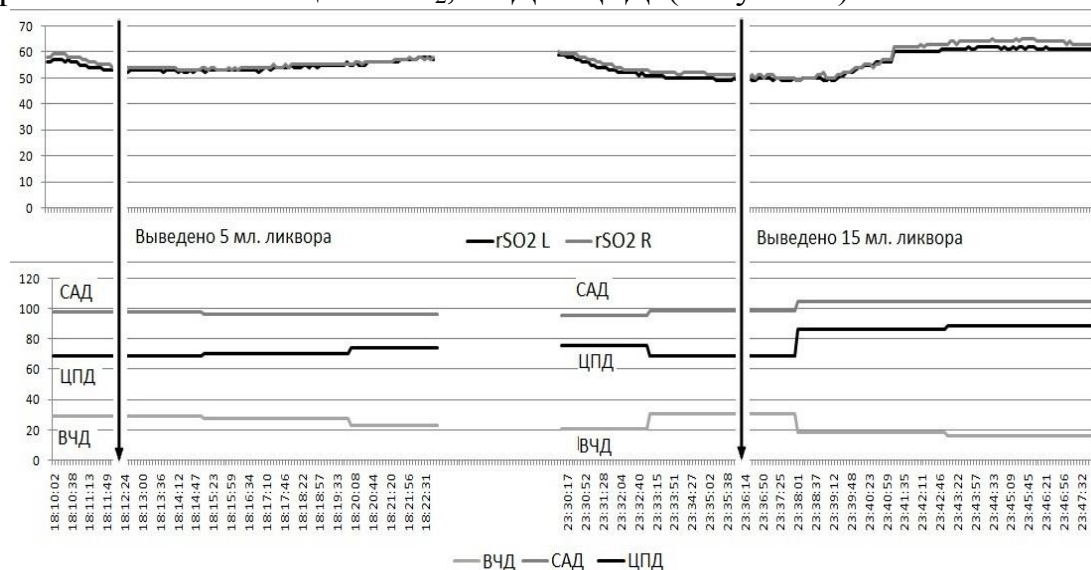


Рисунок 4. Показатели  $rSO_2$ , САД, ЦПД и ВЧД после выведения 10-15 мл ликвора.

У 2 больных отмечался неблагоприятный исход болезни. У одного пациента ВЧД было на уровне 30-40 мм.рт. ст., ЦПД на уровне 35-50 мм. рт. ст.,

при показателях САД 75-85 мм. рт. ст., показатели  $rSO_2$  были 35-45%, что свидетельствовало о кислородном голодании вследствие нарушения перфузии головного мозга на фоне повышенного ВЧД и нестабильных показателях САД. У второго показатели ВЧД были на уровне 40-45 мм.рт. ст., ЦПД 22-29 мм. рт. ст., при показателях САД 65-70 мм. рт. ст., показатели  $rSO_2$  были 85–95%, что свидетельствовало о глубоком угнетении метаболизма, развитии гипоксии вследствие отсутствия потребления кислорода мозговой тканью на фоне низкого ЦПД и нестабильного САД (Рисунок 5).

Несмотря на проведение интенсивной терапии по протоколу, состояние больных прогрессивно ухудшалось.

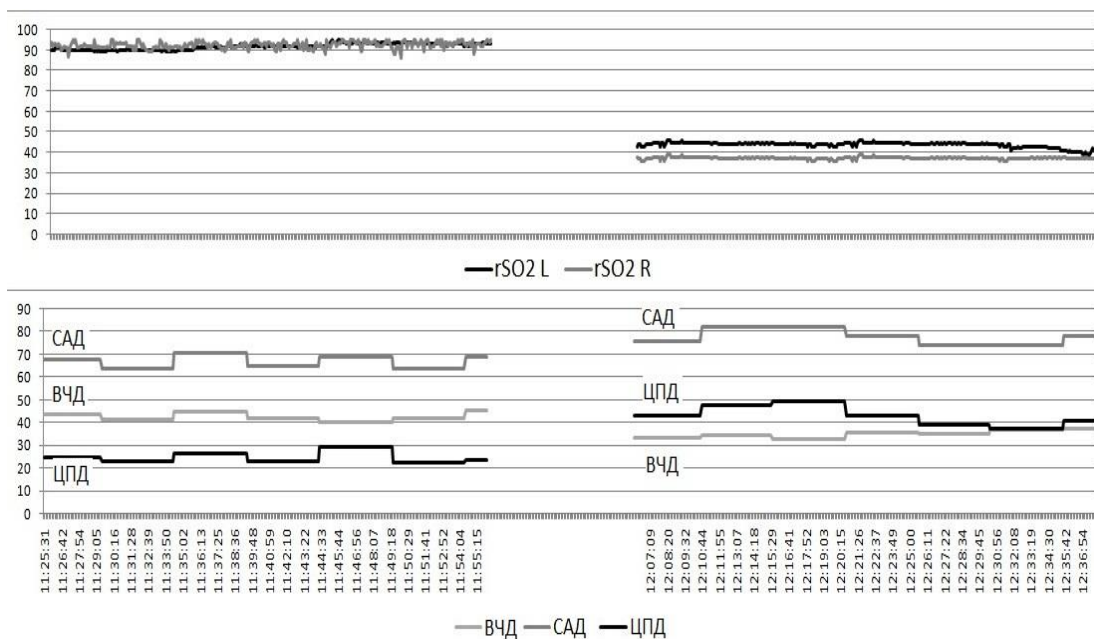


Рисунок 5. Неблагоприятный и сход.

## Выводы.

Проведение терапии, направленной на поддержание внутричерепного давления на уровне 20 мм.рт. ст. и церебрального перфузионного давления в пределах 70 мм. рт. ст., сопровождается улучшением выживаемости и неврологических исходов заболевания.

Мониторинг церебральной оксиметрии и внутричерепного давления являются перспективными диагностическими методами при комплексном динамическом клинично-инструментальном мониторинге у больных со спонтанными субарахноидальными и паренхиматозными кровоизлияниями, дающими возможность ранней диагностики развития вторичных повреждений головного мозга.

## Литература

1. Черний В.И., Шевченко А.И., Городник Г.А. и соавт. Алгоритм диагностики и интенсивной терапии внутричерепной гипертензии при полиэтиологическом поражении центральной нервной системы методами искусственного интеллекта. – Донецьк: ППШ «Наука і освіта», 2009. – 252 с.
2. Белкин А.А., Зислин Б.Д., Аврамченко А.А. и соавт. Синдром острой

церебральной недостаточности как концепция нейрореаниматологии // Анестезиология и реаниматология № 2, 2008. – С. 2-8.

3. Крылов В.В., Гусев С.А., и др. Сосудистый спазм при субарахноидальном кровоизлиянии. Клинический атлас. Москва: Макцентр, 2000, с.10-26.

4. Синдром острой церебральной недостаточности как концепция нейрореаниматологии / А.А. Белкин и др. // Анестезиология и реаниматология. 2008. - №2. - С. 4- 8;

5. Коновалов А.Н., Крылов В.В., Филатов Ю.М. и др. Рекомендательный протокол ведения больных с субарахноидальным кровоизлиянием вследствие разрыва аневризм сосудов головного мозга. Вопр. нейрохир. им. Н.Н.Бурденко. 2006; 3: 3–10.

6. The value of intracranial pressure monitoring in acute hemispheric stroke / Schwab S., Aschoff A., Spranger M., Albert F., Hacke W. // Neurology. -1996.-47.-P. 393-398

7. J. van Gijn, Rinkel G.J.E. Subarachnoid hemorrhage: diagnosis, causes and management.// Brain. 2001; 124 (2):249-278.

8. Wu C.T., Wong C.S., Yeh C.C., Borel C.O. Treatment of cerebral vasospasm after subarachnoid hemorrhage – a review // Acta Anaesthesiol. Taiwan. 2004 Dec. – Vol. 42, N 4. – P. 215-222.

#### SOME FEATURES OF PERIOPERATIVE INTENSIVE THERAPY AND MONITORING IN SPONTANEOUS SUBARACHNOID AND PARENCHYMAL HEMORRHAGE PATIENTS

Gorodnik G.A., Smirnova N.N., Gerasimenko A.S.

Donetsk Territorial Medical Association

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** The acute subarachnoid and (or) parenchymal hemorrhage due to rupture of cerebral aneurysms patients are need of therapy aimed at normalizing the mean arterial pressure, intracranial pressure, cerebral perfusion pressure. Conducting therapies aimed at maintaining the intracranial pressure at less than 20 mm. hg. and cerebral perfusion pressure in the range of 70 mm. hg., accompanied by an improvement of neurological outcome of the disease, reduction in the number of perioperative complications and adverse outcomes. Cerebral oximetry is a promising diagnostic tool for complex dynamic clinical and instrumental monitoring of spontaneous subarachnoid and parenchymal hemorrhage patients in a critical condition.

**Key words:** subarachnoid hemorrhage, intracerebral hematoma, intensive therapy, mean arterial pressure, intracranial pressure, cerebral perfusion pressure, cerebral oximetry.

УДК 616.341+616.383]-006-089-053.2

#### НОВООБРАЗОВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ И ЕЕ БРЫЖЕЙКИ У ДЕТЕЙ

Литовка В.К., Иноземцев И.Н., Лепихов П.А., Черкун А.В., Литовка Е.В.,

Абдуллин Р.Ф., Старичков А.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

**Резюме.** В статье подняты вопросы диагностики и лечения новообразований тонкой кишки и ее брыжейки в детском возрасте. Приведены собственные наблюдения.

**Ключевые слова:** тонкая кишка, новообразования, лечение, дети.

Опухоли и опухолевидные образования тонкой кишки и ее брыжейки у детей встречаются редко [1-4]. На ранних стадиях они не имеют характерных признаков и порой симулируют различные заболевания. По данным ряда авторов, новообразования тонкой кишки не превышают 1,5% от всех случаев

опухолей у детей [2, 3].

Кисты брыжейки встречаются в любом участке тонкой и толстой кишок, растут медленно, иногда достигают больших размеров. Первоначальным симптомом является асимметричное медленное и безболезненное увеличение объема живота. В некоторых случаях ребенка беспокоят абдоминальные боли неопределенного характера, чувство тяжести в животе. Может наблюдаться рвота, что связано с раздражением или перекрутом брыжейки при перемещении кисты. Сравнительно большая киста прощупывается через брюшную стенку в форме округлого эластического образования с четкими границами. Характерным признаком брыжеечных кист является их подвижность, что позволяет не только заподозрить кисту, но и предположить ее локализацию. Так, киста брыжейки тонкой кишки свободно смещается во всех направлениях. Киста брыжейки восходящей кишки несколько ограничена в смещении вверх и вниз, но свободно смещается в поперечном направлении. Для кист брыжейки поперечной ободочной кишки характерна наибольшая подвижность в продольном направлении.

Брыжеечные кисты нередко вызывают осложнения: нагноение, перфорацию (перитонит), перекут (кишечная непроходимость).

В большинстве наблюдений они проявляются клиникой кишечной непроходимости, частичной или полной. Иногда симулируют «острый живот» (острый аппендицит, инфильтрат или перекут кисты яичника). Редко наблюдается бессимптомное течение – опухоль случайно обнаруживается при купании ребенка или проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости [1].

К кистозным опухолям брыжейки относятся хилезные кисты, кисты с серозным содержимым, кровяные кисты, дермоидные и паразитарные (эхинококк брыжейки). Наиболее часто встречаются хилезные кисты. Они располагаются между листками брыжейки и рыхло спаяны с ними, что облегчает выделение во время оперативного вмешательства.

В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за период с 1996 по 2015 годы проходило лечение 25 детей с опухолями и опухолевидными образованиями тонкой кишки и ее брыжейки в возрасте от 4 месяцев до 15 лет. Девочек было 14 (56%), мальчиков – 11 (44%). Для подтверждения предполагаемого диагноза наряду с общеклиническими исследованиями использовали ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, магнито-резонансную томографию, лапароскопию.

Около 40% детей были доставлены в ургентном порядке с подозрением на «острый живот» и почти 30% с кишечной непроходимостью (чаще с подозрением на инвагинацию или дивертикулярную непроходимость). У 15 (64%) пациентов опухоль носила доброкачественный характер: лимфангиома (8 больных), кистозное удвоение (3 больных), дермоидная киста (1 пациент), лимфома Беркитта (1 пациент). Все больные прооперированы. При доброкачественном процессе резекция участка кишки с опухолевидным образованием выполнена у 12 детей. У 4 больных (ангиофолликулярная

гиперплазия, дермоидная киста и лимфангиома) проведена энуклеация новообразования. Непосредственные и отдаленные результаты лечения хорошие. При злокачественных новообразованиях выполнены следующие операции: резекция илеоцекального угла с опухолью (1 случай), резекция участка тонкой кишки с опухолью (6 случаев), биопсия опухоли (2 случая). После верификации диагноза проведены курсы полихимиотерапии согласно рекомендованных протоколов лечения, а также лучевая терапия (15-20 Гр.).

Умерло 2 детей в течение 4-6 месяцев после операции на фоне диссеминации и генерализации опухолевого процесса (больные с лимфосаркомой и раком илеоцекального угла). Остальные дети живы и наблюдаются у онкогематолога (больные с лимфосаркомой) и детского онколога (солидные опухоли).

### **Литература**

1. Грона В.Н., Литовка В.К., Журило И.П., Латышов К.В. Опухоли и опухолеподобные образования у детей. — Донецк: Норд-Пресс, 2010. — 364 с.
2. Детская онкология. Национальное руководство/ Под ред. М.Д. Алиева, В.Г. Полякова, Г.Л. Менткевича, С.А. Маяковой. — М.: Практическая медицина, 2012. — 684 с.
3. Дитяча онкологія: підручник / За ред. О.С. Дудніченко. — Харків: Факт, 2013. — 400 с.
4. Москаленко В.З., Журило И.П., Литовка В.К. - Опухоли и опухолеподобные заболевания у детей. — Донецк: Донеччина, 2003. — 92 с.

### NEOPLASMS OF SMALL INTESTINE AND ITS MESCENTERY IN CHILDREN

Litovka V.K., Inozemcev I.N., Lepihov P.A., Chercun A.V., Litovka E.V.,  
Abduln R.F., Starichkov A.G.

M. Gorky Donetsk national medical university  
Republican Children's Clinical Hospital, Donetsk

**Summary.** The article raises questions about the diagnosis and treatment of neoplasms of small intestine in children. We present our cases.

**Key words:** small intestine, neoplasms, treatment, children.

УДК 616-006.443-089.16-053.2

### КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА

Литовка В.К., Иноземцев И.Н., Черкун А.В., Абдуллин Р.Ф.,  
Литовка Е.В., Музалев А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк.

**Резюме.** В статье подняты вопросы диагностики и лечения кольцевидной гранулемы в детском возрасте. Приведены собственные наблюдения.

**Ключевые слова:** тонкая кишка, новообразования, лечение, дети.

Кольцевидная гранулема (КГ) представляет собой доброкачественный идиопатический гранулематозный дерматоз и составляет 0,1 - 0,4 % дерматологических пациентов [1-4]. Заболевание наблюдается как у детей, так и у взрослых, причем у последних гораздо чаще. Причина КГ достоверно не

установлена. Наибольшее значение придается изменениям в иммунной системе. Нередко КГ обнаруживается у пациентов, страдающих ревматизмом, диабетом, туберкулезом. Иногда очаги поражения кожи возникают в местах бородавок, татуировок, рубцов, вероятнее всего как неспецифическая иммунологическая реакция [1, 2].

КГ подразделяется на следующие клинические формы: локализованную, подкожную, перфорирующую, диссеминированную. Наблюдаются и лечатся больные обычно у дерматологов. Замечено, что в ряде случаев КГ может проходить (разрешаться) самостоятельно или на фоне применения «гормональных мазей» [3]. При подозрении на необластический процесс кожи или для проведения биопсии с целью верификации диагноза больные попадают к детскому хирургу.

В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л.Куца за последние 20 лет (1996-2015гг) лечилось 46 детей по поводу КГ в возрасте от 2.5 лет до 17 лет. Девочек было 20% (43.5%), мальчиков 26 (56.5%). Давность заболевания варьировала от 1.5-2.0 месяцев до 7-8 месяцев. На протяжении этого времени больные наблюдались, обследовались и лечились у педиатров, дерматологов, аллергологов. Дети госпитализировались для оперативного лечения с самыми различными диагнозами: «хронический гранулематозный дерматит», «фиброматоз кожи», «воспалительная псевдоопухоль кожи», «псевдоревматоидная гранулема» и др. Следует подчеркнуть, что только у 9 (19.5%) детей не исключалось также наличие КГ. Среди наблюдаемых больных почти в 90% случаев имела место локализованная форма, у 10%-подкожная, что согласуется с литературными источниками [1, 4]. Других форм среди наших пациентов мы не наблюдали. Чаще всего (у 36 больных) выявляли единичный очаг поражения. Располагался он у 14 пациентов на тыльной поверхности стопы, у 10 детей на тыльной поверхности кисти, у 10 - на предплечье, у 9 - на голени, у 3 - в пояснично-ягодичной зоне. У 10 детей (21.7%) было обнаружено по 2 очага поражения. Состояние детей во всех случаях оставалось удовлетворительным. Среди наших пациентов 3 детей страдали астматическим бронхитом, 2 ревматизмом, 2 гастроуденитом. При осмотре места болезни отмечалось наличие дермальных папул от 0.2 до 0.4 см, сливающихся вместе, плотной консистенции телесного или розоватого цвета. По форме их расположения очаги напоминали кольца (круги) или дуги. Иногда отмечалось легкое шелушение кожи. Центральный участок очага оставался непораженным (рис. 1). При подкожной форме КГ дополнительно обнаруживалось поражение подлежащей жировой клетчатки с ее уплотнением.

Операция заключалась в иссечении очага поражения, что удалось выполнить более чем в 65% случаев. При значительных размерах (3.0-4.0 см) проводилось частичное иссечение зоны опухолеподобного образования («прерывалась зона кольца»). Гистологически при кольцевидной гранулеме в большинстве случаев эпидермис не изменен, в дерме отмечается полная и неполная деструкция коллагена в виде одного или нескольких фокусов. Очаги полной деструкции представляют собой крупные резко ограниченные участки,

окруженные гистиоцитами, располагающимися палисадообразно или радиально, а также инфильтратом, состоящим из лимфоцитов и фибробластов. В этих очагах коллагеновые волокна бледно окрашены, гомогенны, ядра клеток пикнотичные или отсутствуют. Участки неполной деструкции обычно мелких размеров, одни пучки коллагеновых волокон в них без изменений, другие – в состоянии различной степени деструкции, приобретают базофильную окраску, напоминая участки мукоидного набухания. Окружающий воспалительный инфильтрат также представлен лимфоидными клетками, гистиоцитами и фибробластами.



Рис. 1. Внешний вид кольцевидной гранулемы

Замечено, что после операции оставшийся участок пораженной кожи почти всегда светлел и становился менее выпуклым. Спустя 2-3 недели наступало излечение. Более чем 80% больным по рекомендации дерматолога дополнительно проводилась лазеротерапия или УФО.

Рецидив заболевания отмечен у 2 детей. После проведенной консервативной терапии наступило выздоровление.

#### **Литература**

1. Козловская В.В., Абдель М.В. Кольцевидная гранулема: этиология, клиническая картина, патогенез, принципы терапии // Медицинские новости. – 2011. – №4. – С. 25-28.
2. Теплюк Н.П., Евсеева К.Ю. Кольцевидная гранулема // Справочник поликлинического врача. – 2008. – №9. – С. 10-11.
3. Теплюк Н.П., Евсеева К.Ю. Кольцевидная гранулема: актуальные вопросы диагностики и лечения// Дерматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2007. – №1. – С. 3-5.
4. Гайнулин Ш.М., Гребенюк В.Н., Гришко Т.Н., Смольяникова В.А. Атипичная (подкожная) форма кольцевидной гранулемы у девочки 3 лет// Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – №1. – С. 42-45.

GRANULOMA ANNULARE IN PEDIATRIC SURGEON'S PRACTICE  
Litovka V.K., Inozemcev I.N., Chercun A.V., Abdulin R.F., Litovka E.V., Muzalev A.A.

**Summary.** The article raises questions about the diagnosis and treatment of granuloma annulare in children. We present our cases.

**Key words:** granuloma annulare, treatment, children.

УДК 616-006-053.2-08-039.35

## ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ОНКОПЕДИАТРИИ

Литовка В.К., Иноземцев И.Н., Москаленко С.В.,

Черкун А.В., Литовка Е.В., Сушков Н.Т.

Клиника детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Рациональная профилактика осложнений полихимиотерапии у детей со злокачественными новообразованиями подразумевает знание особенностей взаимодействия компонентов специфического противоопухолевого лечения с лекарственными препаратами, используемыми в общей анестезии и интенсивной терапии, а также проведение комплексной терапии побочных действий полихимиотерапии.

**Ключевые слова:** полихимиотерапия, осложнение, профилактика, дети.

В последние годы достигнут заметный прогресс в детской онкологии благодаря интенсивным протоколам полихимиотерапии (ПХТ) [1, 2, 3]. На этом фоне отмечен рост постцитостатических осложнений, таких как миелосупрессия, рвота, болевой синдром, диарея, нефропатия, астенический синдром и др. Для борьбы с побочными действиями ПХТ в клинике был использован комплекс мероприятий на основании данных литературы и собственных наблюдений [2, 3]. Такая профилактика побочных действий ПХТ включает в себя инфузионную терапию, фитотерапию, иммунотерапию, антибактериальную терапию. Она направлена на устранение или уменьшение тягостных симптомов, связанных с новообразованием и проводимой ПХТ и/или лучевой терапией.

Угнетение различных ростков кроветворения сопряжено с риском развития инфекционных осложнений (при нейтропении), кровоточивости (при тромбоцитопении) и трофических расстройств (при анемии). Длительное восстановление показателей крови задерживает начало очередного курса лечения, что неминуемо ведет к снижению эффективности проводимой терапии. Оптимальным средством борьбы с миелотоксичностью полихимиопрепаратов являются гемоцитокинины, стимулирующие клетки-предшественницы различных ростков кроветворения (КСФ: лейкомакс, граноцит, нейпоген, эритропэтин). При лейкопении вводили лейкоген, цефарансин. Миелоцитокины, назначаемые совместно с антибиотиками (меронем, максипим), способствуют повышению содержания в крови нейтрофилов и макрофагов, усилению их функциональных свойств (хемотаксис и фагоцитоз), что играет важную роль в противомикробной защите организма.

Тошнота и рвота оцениваются пациентами и их родителями как самое тяжелое осложнение противоопухолевого лечения. На фоне адекватной инфузионной терапии использовали как нормализаторы моторики верхних



отделов желудочно-кишечного тракта (метоклопрамид), так и противорвотные средства центрального действия (дроперидол, тропisetрон).

Нефропатия наблюдалась в 25-30% случаев при использовании препаратов платины (цисплатин). Синдром возникает в связи с повреждением канальцевого эпителия почек, приводя к снижению выделительной функции почек, создавая риск развития острой почечной недостаточности. Во всех случаях использовали гипергидратацию.

Болевой синдром купировали бупренорфином, баралгином, кетановом. В обязательном порядке назначали отвары шиповника и изюма (1:1), компоты и соки из черноплодной рябины, черной смородины. Все больные принимали эубиотики, кисломолочные продукты, эхинацею, элеутерококк, бефунгин, мультитабс. Фитотерапия, как правило, предусматривала использование чистотела, марьиного корня, настоев листьев подорожника.

Необходимо помнить и учитывать особенности взаимодействия компонентов специфического противоопухолевого лечения с другими лекарственными препаратами. Так, в случае, если до операции пациент получал блеомицин, то применение во время анестезии закиси азота в сочетании с кислородом может привести к респираторному дистресс-синдрому. Концентрация кислорода в газовой смеси должна быть минимально возможной, чтобы снизить токсическое действие блеомицина на легочную паренхиму. Следует помнить, что некоторые химиотерапевтические средства способны оказывать потенцирующий эффект в отношении компонентов общего обезболивания. Так, применение циклофосфида непосредственно перед оперативным вмешательством может значительно увеличить длительность действия миорелаксантов.

Тиосульфат натрия предупреждает карбоплатиновую нефротоксичность. Аминогликозиды в сочетании с высокодозной терапией цисплатином повышают риск ренальной дисфункции. Сочетанное использование цисплатина и доксорубицина может вызвать рецидивирующую сердечную ишемию в виде легких прекардиальных болей, одышки, изменений на электрокардиограмме. Для профилактики подобного осложнения с успехом использовали кардиоксан.

Таким образом, знание особенностей взаимодействия компонентов специфического противоопухолевого лечения с лекарственными препаратами, используемыми в стандартных методиках общей анестезии и интенсивной терапии, а также использование комплексной терапии побочных действий ПХТ позволяет избежать серьезных осложнений у детей со злокачественными новообразованиями.

### **Литература**

1. Веселый С.В., Литовка В.К., Латышов К.В., Сопов Ю.А. Опухоли и опухолеподобные образования грудной полости у детей. – Краматорск: ЦГРІ «Друкарській дiм», 2015. – 230 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. Детская онкология. Национальное руководство / Под ред. М.Д.

Алиева, В.Г. Полякова, Г.Л. Менткевича, С.А. Маяковой. – М.: Издательская группа РОНЦ, Практическая медицина, 2012. – 684 с.

#### PRINCIPLES OF INTENSIVE CARE IN ONCOLOGY PEDIATRICS

Litovka V.K., Inozemtsev I.N., Moskalenko S.V.,  
Cherkun A.V., Litovka E.V., Sushkov N.T.  
Prof. N.L. Kusch Pediatric Surgery Clinic  
M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** Efficient prevention of polychemotherapy complications in children with cancer implies knowledge of specific anti-tumor treatment components interactions with drugs, used in general anesthesia and intensive care, as well as comprehensive treatment of polychemotherapy adverse events.

**Keywords:** polychemotherapy, complication, prevention, children.

УДК: 616.688-003.4-053.2

#### КИСТЫ СЕМЕННОГО КАНАТИКА У ДЕТЕЙ

Мальцев В.Н., Щербинин А.В., Литовка В.К., Фоменко С.А.,  
Щербинин А.А., Харагезов А.М., Черкун А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская детская клиническая больница г. Донецка

**Резюме.** В работе описываются этиология, патогенез развития кист семенного канатика у детей. Описываются способы диагностики и хирургического лечения данной патологии.

**Ключевые слова:** киста семенного канатика, операция, детская урология.

**Введение.** Кисты семенного канатика (КСК) или фуникулоцеле довольно частое заболевание мочеполовой системы, встречающееся практически в любом возрасте [1,3,4,5]. Формирование КСК обусловлено скоплением жидкости в незаращенном вагинальном отростке брюшины. Различают кисты изолированные, то есть не имеющие сообщения с брюшной полостью и так называемые сообщающиеся. Последняя узким не заращенным влагалищным отростком брюшины имеет сообщение с брюшной полостью.

В процессе эмбриогенеза яичко у плода от нижнего полюса почки мигрирует в мошонку через паховый канал. Вместе с ним опускается в мошонку вырост брюшины, образующий внутреннюю оболочку яичка. Это так называемый влагалищный отросток брюшины [2]. В норме к моменту рождения или в течение, первых месяцев жизни верхняя часть отростка брюшины проходящая через паховый канал, редуцируется и превращается в тонкий тяж и сообщение яичка с брюшиной полостью исчезает. У девочек в паховом канале располагается круглая связка матки, которая берет начало от фаллопиевой трубы, направляясь к области лобка и половых губ. Нередко участок брюшины попадает вместе со связкой в паховый канал, формируя Нукиевый дивертикул. Если он не облитерируется, то может сформироваться киста («Киста Нука») [3,4], по аналогии с кистой семенного канатика.

**Материалы и методы.** Клиника КСК у мальчиков типична. Обычно родители обращаются к врачу по поводу опухолевидного образования,

располагающегося в паховой области. Большая часть детей обращается в возрасте до 4-х лет. При пальпации в проекции пахового канала на стороне поражения определяется опухолеподобное образование упруго-эластичной консистенции овальной или округлой формы, безболезненное, слегка подвижное, не спаянное с кожей, размерами от 1,0-2,0 до 3,0-4,0 см.

Если нет сообщения с брюшной полостью, при пальпации размеры кисты не меняются. Если же водяночная опухоль уменьшается в размерах, то имеется узкое сообщение с брюшной полостью. После длительного пребывания ребенка в горизонтальном положении (после сна) в результате перемещения жидкости в брюшную полость, ранее пальпируемое образование в паховой области может не определяться. При перкуссии над кистой определяется тупость. При паховой грыже тимпанит, грыжа обычно вправляется с урчанием. Однако следует помнить, что при острых кистах семенного канатика следует проводить дифференциальную диагностику, в первую очередь с ущемленной паховой грыжей, реже с паховым лимфаденитом.

Диагноз подтверждается с помощью УЗИ, которое позволяет обнаружить тонкостенное кистозное образование с жидкостным содержимым [3,5]. Лечение кисты семенного канатика только оперативное: под общим обезболиванием производится удаление образования, с прошиванием и перевязыванием облитерированного тяжа (или не облитерированного узкого хода).

**Результаты и обсуждение.** В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за десятилетний период находилось на лечении 284 пациента по поводу кисты семенного канатика в возрасте от 1,5 месяцев до 14 лет. В возрасте до 2-х лет поступило 42 ребенка, от 3 до 6 – 210 детей, от 7 до 9 - 21, и старше 10 - 11 больных.

Правостороннее поражение имело место у 163 (57,4%) детей, левостороннее у 121 (42,6%). Изолированные кисты были выявлены у 87 (30,6%), сообщающиеся водянки у 197 (69,4%). Давность заболевания варьировала от нескольких недель до нескольких месяцев. Общее состояние у детей, как правило не нарушено. Следует подчеркнуть, что среди 26 пациентов поступивших в возрасте до года – у 16 (61,5%) отмечалась внезапно появившаяся «острая киста» семенного канатика, сопровождающаяся резким болевым синдромом, что не позволило исключить наличие ущемленной паховой грыжи. В связи с этим дети оперированы в ургентном порядке: диагноз кисты подтвердился у 15 детей, в одном случае выявлен продуктивный паховый лимфаденит.

Остальные пациенты оперировались в плановом порядке (Рис.1): произведено удаление образования, с прошиванием и перевязыванием облитерированного тяжа (или не облитерированного сообщения). Рецидив кисты семенного канатика имел место в одном случае. Мальчик оперирован повторно через 3 месяца.

Необходимо отметить, что среди наших пациентов с кистами семенного канатика в ряде случаев (9,5%) была выявлена сопутствующая урологическая патология: водянка яичка у 18, крипторхизм у 6, гипоспадия у 3.



Рисунок 1. Оперативное удаление кисты семенного канатика.

**Выводы.** Все дети с подозрением на наличие кисты семенного канатика должны быть осмотрены детским хирургом, для проведения своевременного хирургического лечения.

#### Литература

1. Ашкрафт К.У., Холдер Г.М. Детская хирургия, - СПб, ООО «Раритет» - М., 1999, Т.2- 400с.
2. Детская оперативная хирургия: Практическое руководство/ Под ред. В.Д. Тихомировой. – СПб.: Информ.-изд.агенство «Лик», 2001.-432с.
3. Куц Н.Л. Кисты и кистоподобные образования у детей. – Киев: Здоровье, 1983. -120с.
4. Москаленко В.З., Журило И.П., Литовка В.К. Опухоли и опухолеподобные заболевания у детей. – Донецк: «Донеччина», 2003. - 92с.
5. Rafailidis V, Varelas S, Apostolopoulou F, Rafailidis D.J Nonobliteration of the ProcessusVaginalis: Sonography of Related Abnormalities in Children. Ultrasound Med. 2016 Mar 9.

#### SPERMATIC CORD CYSTS IN CHILDREN

Maltsev V.N., Shcherbinin A.V., Litovka V.K., Fomenko S.A.,  
Shcherbinin A.A., Haragezov A.M., Cherkun A.V.  
M. Gorky Donetsk State Medical University  
Republican Children's Clinical Hospital, Donetsk

**Summary.** The paper describes the etiology, pathogenesis of the spermatic cord cysts in children. Describes methods of diagnosis and surgical treatment of this pathology.

**Key words:** the cyst of the spermatic cord, surgery, pediatric urology.

УДК: 616.62-008.22-089-053.2

#### НАШ ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭНУРЕЗА У ДЕТЕЙ

Мальцев В.Н., Щербинин А.В., Фоменко С.А., Щербинин А.А., Харагезов А.М.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

**Резюме.** В работе обобщен опыт обследования и лечения 93 детей с энурезом. В работе описана диагностическая программа, тактика лечения и дальнейшего наблюдения пациентов с ночным недержанием мочи. Все больные данной патологией, должны проходить

комплексное урологическое обследование при тесном участии невролога.

**Ключевые слова:** энурез, ночное недержание мочи, детская урология.

**Введение.** «Энурез не является проблемой для человечества, но является огромной бедой для каждого конкретного ребенка» (Wille S., 1994). И, хотя, данное заболевание не угрожает жизни пациентов, ее качество, несомненно, снижается. По данным зарубежных авторов, которые исследовали ночное недержание мочи детей (Дж. Б. Делвин, Л. Ковач и др.), распространенность этого заболевания у пятилетних детей находится на уровне 15-20 %. У детей старше этого возраста частота заболевания снижается (7-12 %). По данным российских исследователей А.В. Папаяна и Д.В. Марушкина частота энуреза у детей в пятилетнем возрасте составляет 20 %, в возрасте от 5 до 8 лет — 8,5%, от 12 до 15 лет — 3 %. У мальчиков энурез встречается примерно в 2 раза чаще, чем у девочек. Широкая распространенность и непосредственное влияние данной патологии на жизнь целой семьи делает энурез актуальной проблемой современной медицины, в решении которой принимают участие врачи различных специальностей (урологи, невропатологи, психиатры) [1-4].

**Цель работы:** обобщить наш опыт диагностики и лечения пациентов с ночным недержанием мочи.

**Материалы и методы.** Нами проанализированы результаты лечения и обследования 93 детей больных энурезом, находившихся на обследовании и лечении в урологическом отделении клиники детской хирургии им. Н.Л. Куца за период с 2002 года по 2016 год. Возраст пациентов колебался от 3 до 17 лет, из них мальчиков – 51 (54,8%), девочек – 42 (45,2%).

Среди девочек заболевание чаще всего встречается в возрасте 5-7 лет – 11 человек (26%), у остальных 31 девочки возраст колеблется от 3-х до 14 лет. Среди мальчиков заболевание чаще всего встречается в возрасте 8-12 лет - 22 человека (43%), у остальных 29 заболевших мальчиков (57%) возраст колеблется от 4 до 17 лет. Случаев повторного обращения – 14 (15% от общего обращения больных энурезом), из них мальчиков – 8 (57,2%), девочек - 6 (42,8%).

Методы обследования можно разделить на необходимые и дополнительные. К необходимым, мы относим:

- ✓ общий анализ мочи (относительная плотность, наличие лейкоцитов, эритроцитов, бактерий, кристаллов солей)
- ✓ биохимический анализ крови (уровень мочево́й кислоты, наличие или отсутствие азотемии, общий белок, концентрация основных катионов, предварительное заключение о функциональном состоянии почек);
- ✓ ультразвуковое исследование почек, мочевого пузыря (морфология почек, наличие изменений их чашечно-лоханочной системы, мочеточника, и мочевого пузыря);
- ✓ осмотр невролога с углубленным неврологическим обследованием (по показаниям)
- ✓ регистрация ритма спонтанных мочеиспусканий

К дополнительным относятся:

- ✓ внутривенная (экскреторная) или инфузионная урография (наличие “вторичных” изменений в мочевой системе, функциональное состояние верхних и нижних мочевых путей);
- ✓ микционная цистография (подтвердить, исключить патологию мочевого пузыря, ПМР);
- ✓ УЗИ с доплерографией почек и мочеточникового выброса;
- ✓ цистоскопия.

Все дети были обследованы согласно описанной схеме, объем которой определялся индивидуально в каждом случае.

**Результаты и обсуждение.** В 63% случаев к урологу пациента направляет невролог. При первичном обращении ребенка к врачу с жалобой на ночное недержание мочи, в первую очередь, необходимо исключить порок развития мочевого тракта и позвоночника, инфекционно-воспалительные заболевания мочевыделительной системы, заболевания центральной нервной системы, диабет.

Важную роль в определении этиологии энуреза и **выборе лечебной тактики** играет анамнез. Большое значение придается выяснению стиля воспитания, требований родителей к формированию навыков опрятности у ребенка, наличие лейкоцитурии, запоров, энкопреза. Определяют генетическую предрасположенность, характер недержания мочи, частоту эпизодов и тип энуреза; факторы, предшествовавшие началу заболевания (психическая травма, нервное потрясение, переохлаждение, острое заболевание с повышением температуры тела, с изменениями или без них в анализах мочи), характер ночного сна ребенка.

Значимая роль в диагностике нарушений функции мочевого пузыря отводится клиническому анализу мочеиспускания. Функция мочевого пузыря оценивается путем регистрации ритма спонтанных мочеиспусканий в течение 2–3 дней, заполняются специальные таблицы. Нарушения функции мочевого пузыря в виде частых (более 8 раз в сутки), редких (менее 5 раз в сутки) мочеиспусканий, императивных (внезапно возникших сильных) позывов на мочеиспускание, у ребенка старше четырех лет, дневной энурез и лейкоцитурия являются показаниями для проведения углубленного обследования.

Лечение пациентов с энурезом мы делим на две значимые категории: медикаментозную и немедикаментозную терапию. Из лекарственных препаратов мы применяли: глицин, ноофен, дриптан, сибутин, минирин. Немедикаментозная терапия включала в себя режимные мероприятия, физиотерпию.

У 76,3% пациентов патологии со стороны почек и мочевыводящих путей выявлено не было. Данная группа больных с диагнозом «дизонтогенетический энурез» направлялась для дальнейшего лечения и наблюдения к невропатологу.

Самой частой причиной развития энуреза у 50% оставшихся пациентов (11,8% от общего количества) являлись нейрогенные нарушения мочеиспускания по гиперрефлекторному типу. После проведения комплексной консервативной терапии данной патологии у всех пациентов получен стойкий

положительный клинический эффект. Данная группа больных в дальнейшем наблюдается у детского уролога.

У остальных больных были диагностированы: пузырно-мочеточниковый рефлюкс, удвоение почек и мочеточников, пиелоэктазия и другая патология мочевыделительной системы, которая не требовала немедленного оперативного лечения. У всех детей достигнуты удовлетворительные результаты лечения.

Воспалительные поражения почек и мочевого пузыря были выявлены у одного больно – острый цистит, после проведения лечения которого полностью купировалась клиническая картина ночного недержания мочи.

**Выводы.** Таким образом, все дети с ночным недержанием мочи, должны проходить комплексное урологическое обследование при участии невролога.

### **Литература**

1. Балева Л. С., Казанская И. В., Коровина Н. А. и др. Алгоритм диагностики и лечения первичного энуреза у детей (пособие для врачей). М., 2005, 2006. Изд-е 1-е и 2-е. 32 с.

2. Лечение первичного ночного энуреза у детей с позиций доказательной медицины. М., 2002, 2003, 2004. Изд-е 1-е, 2-е и 3-е. 28 с.

3. Студеникин В. М. Лечение первичного ночного энуреза у детей // Consiliummedicum. 2004. Прилож. № 2. С. 28–30.

4. Mathew J. L. Evidence-based management of nocturnal enuresis: an overview of systematic reviews // Indian Pediatr. 2010, vol. 47, p. 777–780.

### **OUR EXPERIENCE IN DIAGNOSIS AND TREATMENT ENURESIS IN CHILDREN**

Maltsev V.N., Shcherbinin A.V., Fomenko S.A., Shcherbinin A.A., Haragezov A.M.

M. Gorky Donetsk State Medical University

Republican Children's Clinical Hospital, Donetsk

**Summary.** The paper summarizes the experience of 93 examination and treatment of children with enuresis. Describes the diagnostic program, tactics of treatment and follow-up of patients with nighttime incontinence. All patients with this pathology, should undergo a comprehensive urological examination with the close involvement of the neurologist.

**Key words:** enuresis, bedwetting, pediatric urology.

УДК616.345/089/053.2

### **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ПАЙРА У ДЕТЕЙ**

Музалёв А.А., Литовка В.К., Сушков Н.Т., Москаленко С.В.

Клиника детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В статье обобщен опыт лечения 161 ребенка с болезнью Пайра. Консервативная терапия оказалась эффективной у 138 (85,7 %) больных. 23 (14,3 %) ребенка оперированы по разработанной в клинике методике. Показания к выполнению оперативного лечения: прогрессирующее нарушение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки; наличие болевого абдоминального синдрома, ведущего к инвалидизации ребенка; наличие кишечной интоксикации; безуспешность проводимой консервативной терапии в течение 6-12 месяцев. Осложнений хирургического лечения не отмечено. Отдаленные результаты хорошие.

**Ключевые слова:** болезнь Пайра, хирургическое лечение, дети.

**Вступление.** Болезнь Пайра (изолированная форма спланхноптоза)

впервые была описана в начале прошлого столетия, однако до настоящего времени не нашла широкого освещения ни в отечественной, ни в зарубежной литературе.

**Материалы и методы.** В данном сообщении приводится опыт лечения 161 ребенка в возрасте от 1 года до 15 лет, страдающих болезнью Пайра. Мальчиков было 34 (21,1 %), девочек – 127 (78,9 %).

После постановки диагноза всем больным проводили комплексную консервативную терапию. Она включала диету, противовоспалительные, слабительные препараты, пробиотики, витамины, физиотерапию (стимуляция моторики кишечника), лечебную гимнастику (укрепление мышц брюшного пресса). Консервативная терапия оказалась эффективной у 138 (85,7 %) больных. У остальных 23 (14,3 %) пациентов мы были вынуждены прибегнуть к оперативному лечению.

**Результаты и обсуждение.** Показаниями к хирургическому способу лечения мы считаем: прогрессирование нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки; наличие болевого абдоминального синдрома, ведущего к инвалидизации ребенка; наличие кишечной интоксикации; безуспешность проводимой консервативной терапии, направленной на восстановление моторной функции кишечника в течение 6-12 месяцев.

Нами предложен, разработан и внедрен в клиническую практику новый способ лечения болезни Пайра у детей посредством резекции поперечно ободочной кишки с наложением прямого анастомоза и его забрюшинным расположением [1]. Суть техники операции заключается в нижеследующем. При верхнесрединной лапаротомии устраняют имеющиеся деформации и спайки толстой кишки, мобилизуют среднюю часть поперечной ободочной кишки не доходя до сфинктера Гирша справа и сфинктера Пайра-Штрауса слева на 6-7 см, резецируют мобилизованный отрезок кишки, накладывают прямой анастомоз «конец в конец». Затем поперечную ободочную кишку перемещают вместе с анастомозом кверху под основание желудочно-ободочной связки, которой прикрывают перемещенную под нее кишку. Свободный край желудочно-ободочной связки подшивают под ободочной кишкой к заднему листку брюшины с захватом фасциальных узлов заднебоковых отделов брюшной стенки в поперечном направлении, оставляя при этом левый и правый углы закругленными. Брюшную полость послойно ушивают наглухо. По вышеописанной методике нами были прооперированы 23 ребенка в возрасте от 11 до 15 лет. Из них девочек было 21, мальчиков – 2. Летальных исходов не было.

Оперированные больные обследованы в послеоперационном периоде в сроки от 1,5 лет до 14 лет. Все они развивались нормально. Боли в животе и запоры не беспокоили. Стул самостоятельный. Все дети практически здоровы.

**Выводы.** Полученные нами результаты убеждают в том, что при безуспешности консервативной терапии болезни Пайра должен быть применен оперативный способ лечения, заключающийся в резекции толстой кишки по предлагаемой нами методике.



## Литература

1. Куш Н.Л., Грона В.Н., Ткаченко Л.И., Музалев А.А. АС на изобретение №1627149 от 15.10.1990 г. «Способ лечения колоноптоза».

### SURGICAL TREATMENT OF PAYR DISEASES IN CHILDREN

Muzalyov A.A., Litovka V.K., Sushkov N.T., Moskalenko S.V.

Prof. N.L. Kusch Pediatric Surgery Clinic

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** Experience of treatment 161 children with Payr disease was summarized in the article. Conservative therapy was effective in 138 (85.7%) patients. 23 (14.3%) children were operated by the clinic developed method. Progression of the colon motor-evacuation function violations; the presence of abdominal pain syndrome, leading to child's disability; the presence of intestinal intoxication; failure of conservative therapy during 6-12 months were indications to perform surgery treatment. Complication of surgical treatment was not observed. Long-term results were good.

**Keywords:** payr disease, surgery treatment, children.

УДК 616.5-006.81-036.2(477.62) «201»

### ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЛАНОМА КОЖИ В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА ПЕРВОЕ ДЕСЯТИЛЕТИЕ XXI ВЕКА

Седаков И.Е. Богданов Б.А., Крюков Н.В., Дмуховская Е.А.,  
Крюков А.Н., Шумило И.О. Мусаев А.С. Готовкин С.И.,  
Анищенко А.А., Башеев А.В. Мотрий А.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Республиканский онкологический центр им. проф. Бондаря Г.В.

**Резюме.** Авторы получили динамику заболеваемости, смертности, одногодичной летальности, своевременной диагностики, охват больных специальным лечением при злокачественной меланоме кожи в Донецкой области и сравнили эти показатели с данными по Украине и России за аналогичный период времени. В результате выявлено наличие прироста заболеваемости: по Донецкой области на 44,2%, Украине - 48,9%, России - 31,1% , прироста смертности: по Донецкой обл. на 40%. Украине - 20%, России – на 31,6%. Уменьшение количества запущенных случаев злокачественной меланомы кожи по Донецкой области, Украине и России на 14,5%, 8,5%, 3,7% соответственно. Несколько улучшились показатели ранней выявляемой в Украине и России, и ухудшились в Донецкой области. Охват больных специальным лечением находится на достаточно высоком уровне и достигает 91,0% по Украине и 95,5% по Донецкой области.

**Ключевые слова:** злокачественная меланوما, динамика заболеваемости, смертности, одногодичная летальность, специально лечение.

**Актуальность.** Злокачественная меланомы кожи (ЗМК) является одной из самых агрессивных непредсказуемо протекающих форм опухолей, обладающей высокой потенциальной способностью местного роста, регионарного метастазирования, способностью к диссеминации по коже, множественному метастазированию, стремительному росту заболеваемости и смертности во всех странах мира. [1,3,5,6].

Доля меланомы кожи в структуре всех опухолевых заболеваний кожи

составляет только 3% -5% (2.4), однако именно это новообразование является главной причиной смерти больных с онкологической патологией кожи (80%).

Выявление отдаленных метастазов на ранних этапах диагностики заведомо является плохим прогностическим фактором и не внушает оптимизма в получении удовлетворительных отдаленных результатов. Средняя продолжительность жизни в таких случаях составляет от 6 до 9 месяцев при 5-летней выживаемости менее 5% (4,7).

По данным всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире регистрируется более 200 тысяч новых случаев меланобластомы, из них около 65 тыс. больных умирает в течение года, что представляет реальную угрозу для значительного числа людей в мире.

**Цели:** изучить динамику заболеваемости, смертности от меланобластомы, годовичную летальность, стадии заболевания, раннюю диагностику, охват больных специальным лечением за первое десятилетие XXI века. Обозначить проблемы и наметить пути их решения.

**Материалы и методы.** С 2001 по 2010 гг. включительно проанализированы данные согласно поставленной цели и произведена сравнительная характеристика выявленных результатов по Донецкой области с результатами по Украине и России за тот же промежуток времени.

**Результаты и обсуждение.** В результате исследования нами выявлено:

1. Наличие прироста заболеваемости за указанный период
  - по Донецкой области - на 44.2%
  - по Украине – на 48.9%
  - по России – на 31,1% (Табл. 1, Рис. 1).
2. Прирост смертности от данного заболевания
  - по Донецкой области – на 40%
  - по Украине – на 20%
  - по России – на 31,6% (Табл. 2, Рис.2).

Таблица 1. Заболеваемость меланомой кожи в Донецкой области в 2001-2010г.г. (на 100000 населения)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Темп прироста за 10лет
Донецкая область	4,3	4,3	4,4	4,6	5,2	4,2	4,8	5,3	5,5	6,2	+44,2%
Украина	4,5	4,9	4,9	5,3	5,4	5,3	5,7	5,9	6,2	6,7	+48,9%
Россия	4,5	4,6	4,8	5,1	5,1	5,2	5,4	5,5	5,6	5,9	+31,1%

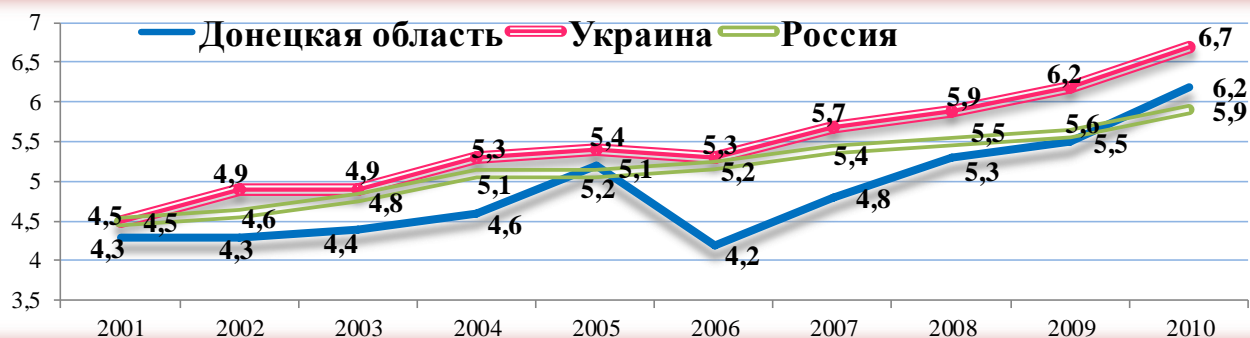


Рис.1. Заболеваемость меланомой кожи в Донецкой области в 2001-2010г.г. (на 100000 населения)

Таблица 2. Смертность от меланомы кожи 2001-2010г.г. (на 100000 населения)

	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	Темп прироста за 10лет
Донецкая область	,0	,2	,0	,3	,8	,3	,2	,6	,7	,8	+40,0%
Украина	,0	,2	,0	,1	,4	,3	,3	,4	,5	,4	+20,0%
Россия	,9	,9	,0	,0	,1	,1	,2	,2	,3	,5	+31,6%



Рис.2. Смертность от меланомы кожи в 2001-2010г.г. (на 100000 населения)

3. Одногодичная летальность составила  
 по Донецкой области – на 17%  
 по Украине – на 14.1%  
 по России – на 13.1% (Табл. 3, Рис. 3)

Таблица 3. Одногодичная летальность от меланомы кожи в Донецкой области в 2001-2010г.г. (%)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Донецкая область	20,1	17,8	20,6	18,2	11,2	17,1	18,8	15,4	20,4	17,0
Украина	17,8	17,1	15,9	16,7	15,5	14,9	16,2	16,1	14,4	14,1
Россия	15,7									13,1

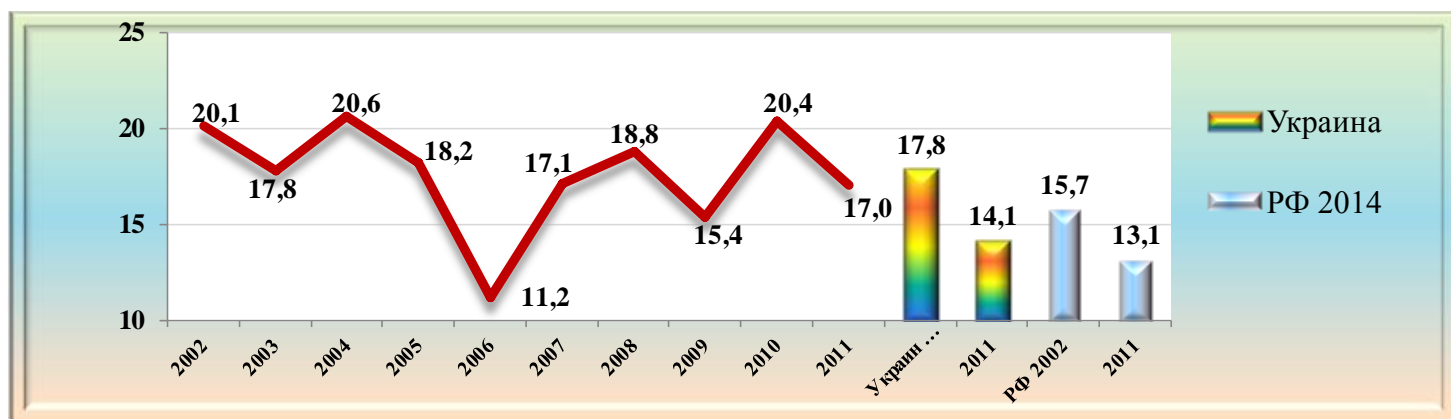


Рис. 3. Одногодичная летальность от меланомы кожи в Донецкой области в 2002-2011г.г.

Таким образом по сравнению с 2001 г. в 2010 году выявлено снижение одногодичной летальности по Донецкой области – на 3.1% , по Украине – на 3.7%, по России – на 2.6%.

4. Уменьшилось количество запущенных случаев по Донецкой области – на 14,5%  
 по Украине – на 8,5%  
 по России – на 3,7%

5. Ранняя диагностика меланобластомы по Донецкой области ухудшилась на 3,7% (Табл. 4, Рис. 4).  
 по Украине улучшилась на 3,8%  
 по России – улучшилась на 4,5% (Табл. 5).

Таблица 4. Стадии меланомы кожи в Донецкой области в 2001-2010г.г. (%)

Стадия	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	± ранняя диагностика, %	запущенность, %
1-2	64,7	63,1	70,2	52,8	62,6	57,6	53,4	58,3	58,8	61,0	- 3,7	
3	20,1	17,0	12,9	11,3	15,3	16,5	16,9	14,7	11,4	10,8		- 14,5
4	9,2	6,8	6,7	8,2	1,6	3,2	6,9	3,9	4,7	4,0		
Не указана	6,0	13,1	10,1	27,7	16,8	18,4	20,6	19,1	20,4	17,5	Очень большой % без стадии!	

Таблица 5. Динамика стадий меланомы кожи в 2001-2010г.г. (%)

	2001				2010				± ранняя диагностика, %	± запущенность, %
	1-2	3	4	не указ.	1-2	3	4	не указ.		
Украина	67,7	21,0	7,0	4,3	71,5	15,9	3,6	7,9	+3,8	- 8,5
Россия	63,6	22,5	9,5	4,4	68,1	18,7	9,6	3,6	+4,5	- 3,7

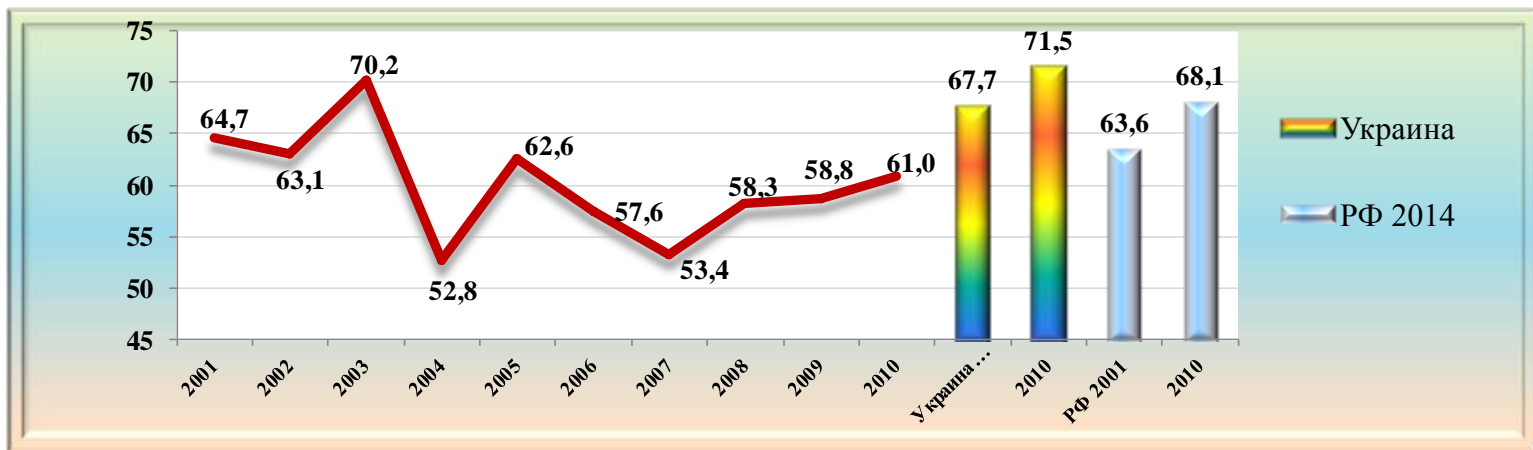


Рис. 4. Ранняя диагностика меланомы кожи в Донецкой области в 2001-2010г.г.

6. Охват специальным лечением больных меланобластомой кожи по Донецкой области увеличился на 2,4% по Украине – на 5,2% и составил:
- по Донецкой области – 95,5%
  - по Украине – 91,0%

**Выводы.** Успешной реализацией стратегии социально-экономического развития Донецкой народной республики является сохранение и укрепление здоровья ее граждан. В связи с высоким уровнем заболеваемости и смертности больных от меланобластомы в Донецкой области, необходимо отнести эту патологию к числу социально значимых. В условиях сочетанного влияния различных факторов внешней среды промышленного Донбасса злокачественная меланома кожи становится более острой медицинской и социально-экономической проблемой. Для ее решения необходимы следующие мероприятия:

1. Необходимо своевременное выявление и лечение облигатных пигментных преанкерозов, а также меланобластомы.

2. Прирост заболеваемости и смертности о ЗМК требует, на наш взгляд, следующих мероприятий:

- активизировать санпросветработу с использованием радио, телевидения и прессы;

- повысить уровень онкологической грамотности врачей общей лечебной сети (предаттестационные курсы по онкологии);

- пересмотреть тактику лечения больных, а также прогнозирование течения этого грозного заболевания;

- шире использовать иммунотерапию, гормонотерапию, лучевую терапию, а также химиотерапию с целью профилактики рецидивирования и метастазирования меланобластомы;

- повысить качество массовых профилактических осмотров населения.

3. Снижение однодневной летальности, а также количество запущенных случаев ЗМК, свидетельствуют об активизации деятельности онкологов,

направленной на ранее выявление и лечение этой коварной патологии.

4. Осуществлять постоянный контроль за качеством диспансеризации онкодерматологических больных.

5. Возобновить онкоосмотры всех больных, обращающихся в поликлиники всех больниц республики.

6. Продолжать проведение Республиканских недель диагностики меланобластом «Меланоме – стоп!»

### **Литература**

1. Анисимов В.В. Меланома кожи (перспективы улучшения диагностики и лечения): Автореф. дис. ... д-ра мед.наук.-СПб. 2000.

2. Барчук А.С. Хирургическое лечение меланом. В: Практическая онкология: избранные лекции /Под ред: С.А.Тюляндина, В.М.Моисеенко/ Санкт-Петербург: Центр ТОММ, 2004: 555- 64.

3. Джабаров Ф.Р., Розенко Л.Я., Позднякова В.В., Непомнящая Е.М. К вопросу о целесообразности проведения нео- и адьювантной терапии в лечении меланомы кожи. // Вопросы онкологии. Том 57. № 4. Санкт-Петербург.2011. С.521-524.

4. Думанский Ю.В., Заика А.Н. Результаты лечения меланобластомы с использованием эберона Альфа Р. Ж. Университетская клиника. Том.5.,№ 1-2.2009.с.59-60.

5. Раджаба З.А.Г. Барчук А.С., Костромина Е.В., Анисимов В.В. Выявление ранних регионарных метастазов у больных с меланомой кожи. Посредством доплерографии. Вестник хирургии им. И.И.Грекова. Том.168. №1 «Эскулап» 2009. с.50-53.

6. Balch C.M/ et al. A new American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous melanoma // Cancer (Philad/).-2000.-Vol.88.-P.1484-1491.

7. Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE, et al. Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. J. Clin Oncol 2001; 19: 3622-34.

### **MALIGNANT MELANOMA OF THE SKIN IN THE DONETSK REGION.COMPARATIVE DYNAMICS OF SOME OF THE CLINICAL AND STATISTICAL INDICATORS IN THE LAST 10 YEARS OF THIS CENTURY**

M. Gorky Donetsk National Medical University  
prof. G.V.Bondar Republican Oncological Center

Sedakov I.Ye., Bogdanov B.A., Krukov N.V., Dmuhovskaya E.A., Krukov A.N.,Musaev A.S.,  
Gotovkin S.I., Anischenko A.A., Basheev A.V., Shumilo I.O.

**Summary.** Dynamics of morbidity , mortality , one-year mortality, correct diagnosis and the use of special treatment in patients with malignant melanoma of the skin have been studied in patients from the Donetsk region. These figures are compared with those in Ukraine and Russia in the same period of time.

The result showed an increase in morbidity in the Donetsk region by 44.2 % , in Ukraine by 48.9 % and in Russia by 31.1 %; an increase in mortality in the Donetsk region by 44.2 % , in Ukraine by 48.9 % and in Russia by 31.1 %; reduction of cases of advanced disease in the Donetsk region by 14.5 % , in Ukraine by 8.5 % and in Russia by 3.7 % . Specific treatment was performed in 91.0 patients in Ukraine and 95.5 % in the Donetsk region.

**Key words:** malignant melanoma, morbidity , mortality , one-year mortality.

УДК 616.381-089.168.2-084:616.12-007.331.4

## ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Смирнова Н.Н.<sup>1</sup>, Кабанько Т.П.<sup>1</sup>, Онищенко Е.В.<sup>2</sup>

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького<sup>1</sup>

КЛПУ «Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение»<sup>2</sup>

**Резюме.** В работе представлены результаты ретроспективного исследования анестезиологического пособия у больных, страдающих гипертонической болезнью 2 степени. Цель исследования – выбор оптимальной схемы для коррекции гемодинамики у больных, оперируемых в условиях гинекологического отделения. В результате проведенного исследования пришли к выводу, что применение альфа1-адреноблокатора урапидила является наиболее обоснованным у данного контингента пациентов.

**Ключевые слова:** гипертоническая болезнь, анестезия, спазмолитики, нитраты, урапидил.

Гипертоническая болезнь была и остается одной из самых актуальных медицинских проблем. Это связано с тем, что артериальная гипертензия, во многом обуславливающая высокую сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность, характеризуется широкой распространенностью и, в то же время, отсутствием адекватного контроля в масштабе популяции. Даже в странах с высоким уровнем здравоохранения, этот показатель сегодня не превышает 25–30%, в то время как в нашей стране эта цифра в несколько раз ниже. Плохо скорректированные эпизоды повышения артериального давления в периоперационном периоде увеличивают вероятность развития «сосудистых катастроф». Таким образом, коррекция артериальной гипертензии является важной частью анестезиологического обеспечения [1,2].

**Цель.** Выбор оптимальных медикаментозных средств для коррекции гемодинамики у пациентов с сопутствующей гипертонической болезнью 2 ст., оперируемых в условиях гинекологического отделения.

**Материалы и методы.** Нами была проведен ретроспективный анализ историй болезни и наркозных карт пациентов гинекологического отделения ДОКТМО. Выявлено, что около 80% больных, находившихся на лечении в течение 2011-2013 гг., страдают гипертонической болезнью 2 ст. В исследование включены пациенты (N=82) с сопутствующей гипертонической болезнью 2 ст. При анализе использовались следующие данные: возраст пациентки, наличие сопутствующей патологии (у всех больных единственным сопутствующим заболеванием была ГБ 2 ст., женщины с наличием других заболеваний, кроме гипертензии, в исследование не включались), длительность течения гипертонической болезни, принимала ли женщина гипотензивные препараты (какая группа гипотензивных средств применялась, учитывалась дозировка, кратность и длительность приема препаратов), величина АДс (артериальное давление систолическое) и АДд (артериальное давление диастолическое), ЧСС, показатели креатинина и мочевины (для исключения нефрогенной артериальной гипертензии), течение послеоперационного

периода, вид использованного анестезиологического пособия, метод послеоперационного обезболивания. Также, проводился анализ карты течения анестезии, где особое внимание уделялось интраоперационному колебанию величины артериального давления и способу коррекции гипертензии.

В результате анализа историй болезни и карт течения анестезии сформированы группы, в которые включили пациентов в возрасте  $56 \pm 11$  лет. Всем больным ( $N=82$ ) проводилась тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ. У абсолютного числа пациентов до поступления в стационар для оперативного лечения артериальное давление не было скорректировано ввиду того, что женщины не принимали гипотензивные препараты постоянно: гипотензивная терапия у этих больных проводилась периодически, бессистемно. Сформированы группы больных по уровню исходного диастолического артериального давления (АДд). Исходным АДд мы приняли показатели артериального давления, полученные при первичном осмотре пациента. В 1-ю группу ( $N=26$ ) отнесены больные с низкой степенью риска возникновения периоперационных осложнений с уровнем АДд до 90 мм.рт.ст.; 2-ю группу ( $N=52$ ) составили пациенты со средней степенью риска возникновения периоперационных осложнений, у которых АДд было на уровне от 90 мм.рт.ст. до 110 мм.рт.ст.; 3-я группа ( $N=4$ ) сформирована из пациентов с высокой степенью риска возникновения периоперационных осложнений с уровнем АДд свыше 110 мм.рт.ст.

**Результаты и их обсуждение.** Колебание АДд в интраоперационном периоде у пациенток группы №1 было в пределах  $9,8 \pm 1,9\%$  от исходного АДд, в ранний послеоперационный период не было зарегистрировано гипертензивных осложнений. В группе №2 интраоперационно АДд повышалось на  $16,2 \pm 2,7\%$  от исходного показателя. У больных, состоявших в группе №3 также во время операции наблюдалась тенденция центральной гемодинамики к гипертензии, АДд интраоперационно повышалось на  $17,1 \pm 4,2\%$  относительно исходных цифр.

У пациентов группы №1 значимый подъем АД начинался с основного этапа операции, у этих больных с целью купирования гипертензии применяли миогенные спазмолитики (папаверин 2% амп. 2 мл; дибазол (бендазол) 1% амп. 1 мл.; магния сульфат 25%). Отмечено, что эффект в большинстве случаев развивался недостаточный, что требовало повторного введения гипотензивных препаратов и/или назначения таковых в послеоперационном периоде.

У больных, составляющих группу №2, артериальное давление повышалось также, как и в группе №1, с момента начала основного этапа операции. При этом была использована следующая схема для коррекции гемодинамики: вначале применяли миогенные спазмолитики (папаверин 2% амп. 2 мл; дибазол (бендазол) 1% амп. 1 мл.; магния сульфат 25%), затем переходили на инфузию альфа1-адреноблокатора урапидила (эбрантил). Отмечено, что положительный эффект от применения спазмолитиков наблюдался лишь в  $15,3 \pm 2,9\%$  случаев, у остальных пациенток происходило кратковременное снижение артериального давления с последующим его



повышением на  $13,2 \pm 3,3\%$  от исходного.

У пациентов группы №3 гипертензия, требующая назначения антигипертензивных препаратов, возникала в начале операции, спустя несколько минут после разреза кожи. У этих пациенток применяли урапидил.

Факторы неадекватности анестезии исключались: проводилась адекватная по объему ИВЛ; не было гипоксии,  $SpO_2$  по данным пульсоксиметрии составляла 97-99%; наблюдалась нормокапния; сон, аналгезия и миоплегия были достаточными.

0,1% раствор нитроглицерина применялся у пациентов всех групп при резком повышении артериального давления на 25-30% относительно исходных цифр (N=4). Гипотензивный эффект данного препарата кратковременный, в момент инфузии отмечалась тахикардия. У этих больных далее переходили к другим схемам коррекции гемодинамики (назначение миогенных спазмолитиков, альфа1-адреноблокатора).

У 50 пациенток с исходным АДд в пределах от 90 до 110 мм.рт.ст. с целью коррекции АД был использован Эбрантил (раствор для инъекций в ампулах по 50 мг), который вводили внутривенно в 100 мл. 0,9% NaCl капельно/струйно до достижения желаемых цифр артериального давления, затем скорость инфузии уменьшалась и поддерживалось желаемое АДс в пределах 140-160 мм.рт.ст., АДд в пределах 80-90 мм.рт.ст. Инфузия проводилась в интраоперационном периоде, в течение первых суток послеоперационного периода. Наблюдалась стабилизация артериального давления, получили стойкий эффект от применения данного препарата как в интраоперационном, так и в раннем послеоперационном периоде. При применении Эбрантила не отмечено побочных, нежелательных эффектов. Данный препарат является достаточно эффективным и безопасным, управляемым средством для коррекции артериального давления.

**Выводы.** Ввиду широкой распространенности гипертонической болезни среди населения, проблема интраоперационной коррекции гемодинамических показателей у данных больных довольно актуальна. Однако, на момент написания статьи, не существует единых стандартов проведения анестезиологического пособия у данного контингента больных. Поэтому, авторами были проанализированы различные схемы медикаментозной терапии, используемые для купирования интраоперационной гипертензии у больных с гипертонической болезнью 2 ст. Спазмолитики (папаверин, дибазол) и препараты магния (магnezия сульфат) показали свою низкую эффективность, у данных препаратов кратковременный эффект, довольно часто развиваются эпизоды гипертензии после их применения, что, в свою очередь, требует назначения в дальнейшем иАПФ и в-блокаторов. Нитраты (0,1% раствор нитроглицерина) могут применяться лишь в случае резко развившейся гипертензии, эффект нитроглицерина кратковременный, в случае передозировки возникает тяжелая гипотензия, в ответ на его введение наблюдается выраженная тахикардия. Препаратом выбора, по мнению авторов, является урапидил (эбрантил), который вызывает мягкое снижение АД, эффект

от его применения более длительный и стойкий, чем у вышеперечисленных препаратов. Кроме того, не было получено нежелательных эффектов в результате применения этого препарата, что говорит о его безопасности. Данный препарат позволяет практикующему врачу предупредить развитие грозных осложнений подъема артериального давления и значительно улучшить качество проводимого анестезиологического пособия.

### **Литература**

1. Шальнова С.А. Артериальная гипертония: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации / С.А. Шальнова, Ю.А. Баланова., В.В. Константинов // РКЖ – 2006. – С. 45-50.

2. Poldermans D. et al. Guidelines for pre-operative cardiac risk assessment and perioperative cardiac management in non-cardiac surgery // European Heart Journal. – 2009. - N 30. – P. 2769-2812.

### **INTRAOPERATIVE CORRECTION HEMODYNAMICS IN PATIENTS WITH CONCOMITANT HYPERTENSION**

Smirnova N.N., Kabanko T.P., Onishchenko E.V.  
M. Gorky Donetsk national medical university  
Donetsk clinical territorial medical organization

**Summary.** The paper presents the results of a retrospective study of anesthesia in patients with essential hypertension grade 2. The aim of the study-Select the optimal scheme for correction of hemodynamics in patients who were operated on in the gynecology department. The study concluded that the use of alpha 1-adrenergic blocker urapidil is the most reasonable in this group of patients.

**Keywords:** hypertension, anesthesia, antispasmodics, nitrates, urapidil.

УДК 616.381-089.168.1-084:616.12-008.331.4

### **ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТОНИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Смирнова Н.Н.<sup>1</sup>, Онищенко Е.В.<sup>2</sup>

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького<sup>1</sup>,  
КЛПУ Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение<sup>2</sup>

**Резюме.** Проанализированы эпизоды возникновения гипотонии у пациентов, оперированных на органах брюшной полости. Выявлено, что проведение предоперационной гемодилюции с использованием кристаллоидных и коллоидных растворов существенно снижает вероятность развития гипотонии в послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** гипотония, предоперационная гемодилюция.

**Актуальность.** Наиболее распространенными сердечно-сосудистыми осложнениями в раннем послеоперационном периоде являются артериальная гипотония, артериальная гипертония и аритмии [2, 5].

Под гипотензией понимают падение артериального давления более чем на 20% от исходного или в абсолютных цифрах – ниже 90 мм рт. ст. систолического давления или 60 мм рт. ст. САД [1, 2]

Артериальная гипотония обусловлена либо снижением венозного

возврата к сердцу (гиповолемиа), либо дисфункцией левого желудочка.

Абсолютная гиповолемиа в большинстве случаев быстро распознается, поддается количественному учету, и, соответственно может быть адекватно компенсирована. Коррекция относительной гипотонии, которая связана с увеличением емкости венозного русла, представляет большую сложность [3, 4].

Разработка методов прогнозирования и профилактики артериальной гипотензии в раннем послеоперационном периоде является актуальным вопросом.

**Цель исследования:** оценка риска развития гипотонии в раннем послеоперационном периоде и разработка профилактических мероприятий у больных, оперированных в плановом порядке на органах брюшной полости.

**Методы и материалы.** Проведен ретроспективный анализ 59 историй болезни пациентов, находившихся на лечении во 2-м хирургическом отделении ДОКТМО. Больные были оперированы в плановом порядке в связи с неспецифическим язвенным колитом, болезнью Крона, злокачественными новообразованиями кишечника, воспалительными опухолями брюшной полости.

Все пациенты были разделены на две группы. В первую группу включены 28 пациентов, у которых отмечалась гипотония в раннем послеоперационном периоде (в первые сутки), во вторую группу – 31 пациент без снижения артериального давления.

**Результаты.** По полу пациенты распределялись следующим образом: в первой группе 14 мужчин и 14 женщин, во второй – 12 женщин и 19 мужчин. Возраст пациентов первой группы от 29 до 78 (в среднем  $49,6 \pm 1,77$ ) лет, во второй группе от 27 до 77 (в среднем  $48,7 \pm 1,63$ ) лет.

Из сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы в первой группе гипертоническая болезнь диагностирована у 5 (17,8%) пациентов, ишемическая болезнь сердца у 14 (50%) пациентов; во второй группе – гипертоническая болезнь диагностирована у 6 (19,4%) пациентов, ишемическая болезнь сердца – у 12 (38,7%) пациентов.

В обеих группах проводились оперативные вмешательства большой травматичности. Длительность операций в 1-ой группе составляли в среднем  $197 \pm 15,7$  мин во 2-ой группе  $186 \pm 13,2$  мин.

Таким образом, исследуемые группы сопоставимы между собой по возрасту ( $p < 0,05$ ), полу ( $p < 0,05$ ), длительности выполненных оперативных пособий ( $p < 0,05$ ) и идентичны по виду анестезии и объему выполненных вмешательств.

У всех больных использовалась комбинированная анестезия с искусственной вентиляцией легких. С целью премедикации за 40 мин до операции все больные получали ингибитор протонной помпы (пантопразол 40 мг внутривенно). Премедикация на операционном столе осуществлялась с помощью м-холиноблокатора (атропин в дозе 0,01-0,02 мг/кг), бензодиазепинового транквилизатора (диазепам 0,2-0,5 мг/кг внутривенно), опиоидов (фентанил 0,5-1,5 мкг/кг), орошения задней стенки глотки 10%

раствором лидокаина. Выполнялась пункция и катетеризация эпидурального пространства на уровне Th6-Th9. Для индукции использовали тиопентал натрия в дозе 5-6 мг/кг. Интубация трахеи осуществлялась после введения сукцинилхолина в дозе 1-1,5 мг/кг. Для поддержания наркоза использовали низкочастотную анестезию севофлюраном (1,5-1,8 % МАК) с FiO<sub>2</sub> 95-100%. ИВЛ проводилась в режиме нормовентиляции. Для поддержания релаксации применяли пипекурония бромид 0,02-0,05 мг/кг. Анестезия поддерживалась фракционным введением фентанила (1-3 мкг/кг каждые 20-30 минут) и постоянным введением ропивакаина (в концентрации 2 мг/мл) в эпидуральный катетер со скоростью 6-14 мл/час.

Тактика инфузионной терапии в группах отличалась между собой на этапе предоперационной подготовки. В первой группе инфузионная терапия проводилась на операционном столе и до начала операции составляла в среднем 6-8 мл/кг. Во второй группе за 1,5-2 часа до начала операции проводилась инфузионная терапия в объеме 10-14 мл/кг массы тела.

Качественный состав проводимой терапии включал: кристаллоиды - 0,9% раствор натрия хлорида, раствор Рингера, стерофундин в дозе 10-14 мл/кг, или сочетание кристаллоидов в дозе 8-10 мл/кг массы тела с искусственными коллоидами (Волювен, Тетраспан) в дозе 4-6 мл/кг массы тела.

Инфузионная терапия во время операций в обеих группах проводилась кристаллоидами в сочетании с растворами глюкозы (5% раствор глюкозы, 0,9% раствор натрия хлорида, раствор Рингера, стерофундин) и искусственными коллоидами (Волювен, Тетраспан). Объем введенных растворов в среднем составлял 6-15 мл/кг в час.

Статистическая обработка результатов исследования проведена на персональном компьютере с помощью пакетов лицензионных программ «Microsoft Excel», «Statistica». Оценивали средние значения (M), их погрешность (m), t-критерии Стьюдента, достоверность разницы показателей (P).

**Результаты и их обсуждение.** По данным наркозных карт, артериальное давление у всех больных в обеих группах удерживалось на уровне оптимальном для каждого больного (с учетом исходных показателей артериального давления пациента). Эпизодов нестабильной гемодинамики (гипотонии или гипертензии) во время операции/анестезии не отмечалось.

Интраоперационный диурез в первой группе составил  $0,91 \pm 0,031$  мл/час, во второй  $0,69 \pm 0,028$  мл/час, что было статистически сопоставимо ( $p < 0,05$ ). Колебание частоты сердечных сокращений в обеих группах не превышало 21% от исходных цифр ( $p < 0,05$ ).

Все больные после окончания оперативного пособия были переведены в блок послеоперационной интенсивной терапии со стабильными показателями гемодинамики. В блоке интенсивной терапии инфузионная терапия продолжалась. Больные получали только кристаллоиды в объеме в объеме от 8 до 18 мл/кг массы тела в течение ближайших 6-8 часов после операции. Гемотрансфузия проводилась при объеме интраоперационной кровопотери

более 700 мл или снижении уровня гемоглобина менее 80 г/л.

В первой группе через 4-5 часов после окончания инфузии отмечалась гипотония у 22 (78,5%) пациентов; у 6 (22,5%) гемодинамика оставалась стабильной. Во второй группе гипотония зафиксирована у 4 (12,9%).

Диурез в первые сутки, после оперативного лечения, отличался в группах сравнения и составил в среднем  $2,1 \pm 0,09$  мл/кг/ч в первой группе и  $1,3 \pm 0,07$  мл/кг/ч во второй ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, несмотря на идентичную по объему и качественному составу инфузионную терапию в интраоперационном и раннем послеоперационном периодах в группе без предоперационной гемодилуции количество эпизодов гипотонии отмечено в 6 раз выше ( $p < 0,05$ ). Полученные результаты могут быть объяснены восполнением физиологических потерь и нормализацией объема циркулирующей крови на предоперационном этапе, а также большим удельным весом в общем объеме периоперационной инфузионной терапии искусственных коллоидных растворов за счет сочетанной предоперационной гемодилуции.

**Выводы.** Применение предоперационной гемодилуции на основе сочетания коллоидных и кристаллоидных инфузионных сред снижает риск развития послеоперационной гипотонии.

#### **Литература**

1. Габа Д.М., Фиш К.Дж., Хауард С.К. Критические ситуации в анестезиологии: Пер. с англ. - М.: Медицина, 2000.
2. Kim Anthony W. Hypotension in the Postoperative Patient. / Anthony W. Kim, Justin B. Maxhimer Common // Surgical Diseases. – 2008. – P. 395-397
3. Mayson Kelly V. The incidence of postoperative complications in the PACU / Kelly V. Mayson, Joanne E. Beestra, Peter T. Choi // Canadian Journal of Anesthesia. – 2005. – N 1 Vol/ 52. – P. A111.
4. Mecca R. Systemic hypotension after surgery. / R. Mecca // Curr. Rev. Clin.Anesth. – 1999. - N 19 (24). – P. 265-280.
5. Plosker G.L. Landiolol: A Review of its use in Intraoperative and Postoperative Tachyarrhythmias / G.L. Plosker // Drugs. – 2013. – N 73 (9). – P. 959-977

### **PREVENTION OF HYPOTENSION IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS WHO WERE OPERATED FOR ABDOMINAL**

**Smirnova N.N., Onishchenko E.V.**

**M. Gorky Donetsk national medical university**

**Summary.** Was investigated scenes occurrence of hypotension in patients who were operated on the abdominal cavity. We found that conducting preoperative hemodilution using crystalloid and colloid solutions significantly reduces the risk of hypotension in the postoperative period.

**Key words:** hypotonia, preoperative hemodilution.

УДК: 616.26-007.43-053.1/.2 – 089-06

## АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОЙ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКА ГЕСТАЦИИ

Стрионова В.С., Роговой А.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

**Резюме.** В статье представлены результаты исследования авторами частоты встречаемости врожденных диафрагмальных грыж у детей в Донецкой области в период с 2005 по 2015 гг. Показано, что срок гестации не оказывает существенного влияния на выживаемость пациентов в раннем послеоперационном периоде. Полученные данные подтверждают необходимость оперативного лечения в первые сутки жизни вне зависимости от срока гестации.

**Ключевые слова:** диафрагмальная грыжа, срок гестации, выживаемость.

**Актуальность темы.** Диафрагмальные грыжи у детей представляют собой порок развития диафрагмы, вследствие которого возможно выхождение органов брюшной полости в грудную через дефект диафрагмы. В отличие от других грыж, они не всегда имеют грыжевой мешок. По данным различных авторов [1;2], частота возникновения диафрагмальных грыж колеблется от 1 на 2000 до 1 на 4000 новорожденных различных сроков гестации. Принято считать, что формирование порока развития диафрагмы происходит у эмбриона на 4-й неделе гестации на этапе закладки перегородки между брюшной полостью и полостью перикарда плода. Приостановка развития отдельных мышечных структур на некоторых участках диафрагмы провоцирует возникновение грыж. Поскольку в таком малом сроке далеко не все женщины знают о своей беременности, то риск воздействия неблагоприятных факторов на эмбрион увеличивается. К отрицательным факторам, вызывающим нарушение формирования диафрагмы, можно отнести как вредные привычки матери (курение, употребление алкоголя, наркотических препаратов), так и неблагоприятное влияние факторов внешней среды (загрязнение атмосферного воздуха солями тяжелых металлов, работа с токсическими веществами, стрессы).

**Цели:** проанализировать частоту встречаемости врожденных диафрагмальных грыж у детей в Донецкой области за 2005-2015 гг. и результаты выживаемости после оперативного лечения в зависимости от срока гестации.

**Материалы и методы исследования.** Нами был проведен ретроспективный анализ историй болезни детей с врожденными диафрагмальными грыжами и журнала операций по отделению неонатологии Республиканской детской клинической больницы г.Донецка в период с 2005 по 2015 гг.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В ходе нашего исследования было установлено, что в период с 2005 по 2015 гг. в РДКБ г. Донецка было зафиксировано 32 случая врожденных диафрагмальных грыж у

детей. Из них мальчиков было 17 (53%), а девочек – 15 (47%). Анализируя сроки гестации детей на момент родов, было выявлено, что 4 детей родилось недоношенными, что составило 12,5% (1 ребенок родился в сроке 30 нед., 1 – в сроке 32-33 нед., 2 – в сроке 36 нед.) и 28 – родилось доношенными, что составило 87,5% (1 ребенок – в сроке 37 нед., 5 – в сроке 38 нед., 12 – в сроке 39 нед. и 10 детей – в сроке 40 нед.) При изучении локализации грыжи было обнаружено, что в 29 случаях (90,7%) встречалась левосторонняя диафрагмальная грыжа и в 3 случаях (9,3%) – правосторонняя. Кроме того, у 7 пациентов (21,9%) были выявлены истинные грыжи, а у остальных 25 детей (78,1%) грыжи были ложными. В 22 случаях (68,7%) диафрагмальные грыжи были осложнены дыхательной недостаточностью 2-3 ст. и гипоплазией легкого. Все дети были прооперированы в течение первых двух суток после рождения. В раннем послеоперационном периоде наступила смерть у 9 пациентов (28,1%), преимущественно от дыхательной недостаточности. Из числа умерших детей 3 (33%) было недоношенными, причем у 1 ребенка была недоношенность 3 степени, и 6 детей (67%) – доношенными. При патологоанатомическом исследовании установлено, что в 2 случаях наблюдалась аплазия левого купола диафрагмы, в 2 случаях – множественные пороки развития.

Таким образом, нами было выявлено, что срок гестации не оказывает значительного влияния на выживаемость прооперированных пациентов в раннем послеоперационном периоде.

#### **Выводы**

1. В период с 2005 по 2015 гг. в РДКБ г. Донецка было зафиксировано 32 случая врожденных диафрагмальных грыж.

2. У 9 пациентов в раннем послеоперационном периоде наступила смерть, преимущественно от дыхательной недостаточности.

3. Было выявлено, что срок гестации не оказывает существенного влияния на выживаемость прооперированных детей в раннем послеоперационном периоде, т.к. из 9 умерших пациентов только 3 было недоношенными, а остальные 6 – доношенными.

#### **Литература**

1. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т/ под ред. Ю.Ф. Исакова-М.: ГЭОТАР - МЕД 2004.Т.1.632с.: ил.

2. Справочник детского хирурга / В. А. Катько. — Минск : Адукацыя і выхаванне, 2013. — 568 с.

3. <http://refdb.ru/look/1836573-p2.html>

4. <http://www.det-bol.ru/271.php>

5. <http://cyberleninka.ru/article/n/vrozhdennye-diafragmalnye-gryzhi-opyt-hirurgicheskogo-lecheniya-novorozhdennyh>

THE ANALYSIS OF THE CHILDREN'S SURVIVAL AFTER OPERATION ABOUT CONGENITAL DIAPHRAGMAL HERNIA ACCORDING TO THE AGE OF THE GESTATION

Strionova V.S., Rogovoy A.N.

M. Gorky Donetsk national medical university  
Republican Children's Clinical Hospital, Donetsk

**Summary.** The article presents original results of the study by the authors the frequency of occurrence of the congenital diaphragmal hernia of the children from Donetsk region at the period from 2005 to 2015. It is shown, that the age of gestation isn't make a serious influence to the patient's survival at the early postoperative period. Available data confirms the necessity of surgical treatment at the first day of life independently of the age of gestation.

**Key words:** diaphragmal hernia, age of gestation, survival.

УДК 616.681:616.146.6]-089-053.2

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВОТОКА ЯИЧЕК У ДЕТЕЙ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Фоменко С.А., Мальцев В.Н., Москаленко А.С., Лепихов П.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк

**Резюме.** Статья посвящена изучению гемодинамики в сосудах паренхимы яичка у мальчиков, оперированных по поводу паховой грыжи и гидроцеле. Пациентам проводилась ультразвуковая доплерография накануне оперативного лечения, через 1 и 7 суток после него. Приведены данные, показывающие, что в послеоперационном периоде кровотоков в пораженном яичке улучшается по сравнению с периодом до вмешательства, однако недостаточность кровоснабжения яичка сохраняется.

**Ключевые слова:** кровотоков, яички, ультразвуковая доплерография, дети.

**Актуальность.** В структуре урологических заболеваний детей значительное место занимают врожденные паховые грыжи, которые диагностируются у 1-6 % мальчиков в возрасте до 5 лет, что составляет 92-95 % всех видов грыж в детском возрасте [3, 10]. Частота встречаемости у детей водянки яичка, требующей хирургической коррекции, составляет 2-4 % [9]. Паховые грыжи сопровождаются развитием бесплодия от 3-5 % до 30 % случаев, водянки яичка - в 17-20 % случаев [1, 2].

Не вызывает сомнения необходимость оперативного лечения при этой патологии для сохранения фертильности. Вместе с тем, операционная травма может повлиять на функцию яичка. Нарушение кровоснабжения тестикулы, возникающее после операции, губительно влияет на сперматогенез, так как сперматогенный эпителий очень чувствителен к ишемии [8].

На текущий момент изменения тестикулярного кровотока в периоперационный период у больных с патологией влагалищного отростка брюшины предметно не изучены. Эта проблема требует решения для определения необходимости и степени коррекции нарушенного тестикулярного кровообращения у детей с указанной патологией.

**Цель:** дать характеристику изменениям параметров кровотока яичек у детей с патологией влагалищного отростка брюшины, требующей хирургической коррекции, на основании анализа данных ультразвукового исследования.

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 35 мальчиков в возрасте от 3 до 16 лет, оперированных в Республиканской детской клинической больнице г. Донецк по поводу врожденной паховой грыжи (19 пациентов) и гидроцеле (16 детей). Оперативное пособие заключалось в



грыжесечении по Краснобаеву у пациентов младше 14 лет, грыжесечении по Мартынову у детей старше 14 лет или удалении водянки яичка по Россу.

Всем пациентам проводилось ультразвукографическое исследование яичек накануне оперативного лечения, через 1 и 7 суток после него. Исследование проводилось в положении лежа на спине с помощью аппарата Sonoace X8 фирмы Medison, оснащенного датчиками с длиной волны 5-12 МГц в В-режиме и триплексном режиме цветного доплеровского картирования.

Были изучены следующие параметры:  $V_{\max \text{ sist}}$  – максимальная систолическая скорость кровотока (см/с),  $V_{\max \text{ diast}}$  – максимальная диастолическая скорость кровотока (см/с), на основании которых был рассчитан индекс резистентности (RI) по формуле:

$$RI = (V_{\max \text{ sist}} - V_{\max \text{ diast}}) / V_{\max \text{ sist}}$$

Именно эти гемодинамические параметры, по мнению многих авторов, являются наиболее значимыми и показательными в изучении изменений тестикулярного кровообращения [5, 6, 11]. Все параметры определяли одновременно с больной и с контрлатеральной стороны.

**Результаты.** При анализе изменений индекса резистентности контрлатеральной стороны было выявлено, что между значениями показателя до операции, через сутки и через неделю после операции отсутствуют достоверные различия ( $p > 0,05$ ). RI в среднем составлял  $0,64 \pm 0,05$ , при сравнении этих значений с данными других авторов существенных отличий не выявлено [4, 7].

До оперативного пособия индекс резистентности на стороне поражения был существенно выше, чем на контрлатеральной, и составлял  $0,75 \pm 0,05$ . Значения максимальных систолической и диастолической скоростей кровотока были ниже нормы и составляли соответственно  $5,3 \pm 0,3$  см/с и  $1,4 \pm 0,1$  см/с. Это говорит об исходном обеднении кровотока яичка пораженной стороны. Через 1 сутки после операции индекс резистентности достоверно ( $p < 0,05$ ) повышался по сравнению с предоперационным периодом, его значения достигали  $0,84 \pm 0,07$ . Данные изменения свидетельствуют об усилении ишемии тестикулы вследствие операционной травмы. Через неделю происходило снижение показателя практически до исходных цифр ( $RI = 0,76 \pm 0,06$ ). Это говорит о прекращении негативного влияния хирургического пособия на кровоток в бывшем больном органе. Стоит отметить, что после оперативного вмешательства кровообращение в яичке переходило на новый уровень: достоверно ( $p < 0,05$ ) повышались как систолическая ( $V_{\max \text{ sist}} = 8,2 \pm 0,5$  см/с), так и диастолическая ( $V_{\max \text{ diast}} = 2,3 \pm 0,2$  см/с) скорости кровотока. Однако интенсивность кровообращения на пораженной стороне оставалась значительно ниже, чем на здоровой.

**Выводы.** У детей с врожденной патологией влагалищного отростка брюшины наблюдается исходное обеднение кровотока в сосудах паренхимы яичка стороны поражения. Кровоток в контрлатеральном органе не изменен по сравнению с нормой. Ранний послеоперационный период характеризуется выраженной ишемией паренхимы яичка стороны оперативного пособия. Через

неделю после операции улучшается кровообращение яичка пораженной стороны, однако сохраняется недостаточность его кровоснабжения.

### Литература

1. Акрамов Н.Р., Омаров Т.И., Гимадеева Л.Р. и др. Репродуктивный статус мужчин после классической герниопластики, выполненной в детском возрасте при паховой грыже // Казанский медицинский журнал. – 2014. – Т. 95, № 1. – С. 7-11.
2. Грона В.Н., Бородин А.Д., Фоменко С.А. и др. Роль урогенитальной патологии в формировании репродуктивного здоровья мальчиков и юношей // Здоровье ребенка. – 2011. – № 1. – С. 129-131.
3. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия : национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-МЕДиа, 2009. – 1168 с.
4. Карташев В.Н. Профилактика infertility у пациентов, перенесших в детстве хирургические заболевания органов репродуктивной системы : автореф. дисс. ... докт. мед. наук (14.00.35) // Тверская гос. мед. академия – Тверь, 2009. – 47 с.
5. Коварский С.Л., Тюльпаков А.Н., Петрушин А.В. и др. О применении ультразвуковой доплерографии в оценке состояния гонад при крипторхизме у детей // Детская хирургия. – 2008. – № 3. – С. 32-35.
6. Соловьев А.А., Сахащик М.Н., Попкова С.В. и др. Особенности яичкового кровотока и патогенетические аспекты нарушения фертильности у пациентов с паховыми грыжами // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2009. – Т. 168, № 3. – С. 103-106.
7. Байбаков В.М. Хірургічна корекція порушень облітерації вагінального паростка очеревини в дітей // Хірургія дитячого віку. – 2013. – № 2 (39). – С. 25-29.
8. Погорілий В.В., Погребняк О.І., Якименко О.Г. та ін. Функціональні і морфологічні зміни органів мошонки у дітей з неускладненими грижами пахової локалізації // Хірургія дитячого віку. – 2008. – Т. 5, № 1. – С. 82-84.
9. Onol S.Y., Ilbey Y.O., Onol F.F. et al. A novel pull-through technique for the surgical management of idiopathic hydrocele // J. Urol. – 2009. – №3 (181). – P. 1201-1205.
10. Snyder C.L. Inguinal Hernias and Hydroceles // Ashcraft's Pediatric Surgery. – 2010. – P. 669-675.
11. Stengel J.W., Remer E.M. Sonography of the Scrotum: Self-Assessment Module // American Journal of Roentgenology. – 2008. – №6 (190). – P. 42-45.

### COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF TESTICULAR BLOOD FLOW IN CHILDREN WITH SURGICAL PATHOLOGY

Fomenko S.A., Maltsev V.N., Moskalenko A.S., Lepikhov P.A.

M. Gorky Donetsk national medical university

Republican Children's Clinical Hospital, Donetsk

**Summary.** The article is devoted to the study of testicular hemodynamics in boys operated on for inguinal hernia and hydrocele. Patients held Doppler ultrasound the day before surgery, at 1 and 7 days after. Data showing that postoperative blood flow in the affected testicle is improved compared with the period before the intervention, but the lack of blood supply to the testicle is retained.

**Key words:** blood flow, testicles, Doppler ultrasound, children.

## ПАПИЛЛОМЫ У ДЕТЕЙ

Черкун А.В., Литовка В.К., Иноземцев И.Н., Литовка Е.В.,  
Малахова Ю.В., Тишков В.А., Алексеенко М.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Республиканская детская клиническая больница, г. Донецк.

**Резюме.** В статье подняты вопросы диагностики и лечения папиллом в детском возрасте. Приведены собственные наблюдения.

**Ключевые слова:** папилломы, лечение, дети

В последние годы в поликлинической практике детских хирургов, педиатров и детских дерматологов отмечено увеличение числа пациентов, страдающих папилломавирусной инфекцией, что отчасти обусловлено снижением иммунитета [1, 3, 5]. Папилломы, как и остроконечные кондиломы относятся к заболеваниям, вызываемым вирусом папилломы человека. Это заболевание является одним из наиболее распространенных заразных вирусных инфекций человека [1, 2, 3]. На сегодняшний день описано около 100 видов (типов) вирусов папилломы человека.

Заражение детей происходит бытовым путем от сверстников и родителей. Ребенок заражается при контакте с больным человеком или с бессимптомным носителем. Входными воротами для вируса служат мелкие ссадины, трещины, потертости. У подростком заражение может происходить контактным путем, чаще всего половым [3, 4, 5]. Опухолоподобные образования располагаются в области шеи, туловища, конечностей, в перианальной области, на половых органах (мошонка, головка полового члена, половые губы). Реже – слизистая прямой кишки, уретры, гортани, носа. Элементы сыпи имеют телесный цвет, иногда с коричневым оттенком, могут быть представлены гладкими папулами, размерами от спичечной головки до горошины. Они могут иметь узкую ножку или более широкое основание. Поверхность их может быть с явлениями гиперкератоза (кератопапиллома). В последующем папулы разрастаются и могут приобретать бородавчатую форму, напоминая цветную капусту (или петушиный гребень). Папилломы могут быть единичными и множественными, располагаясь группами. Лечение заключается в механическом удалении: криодеструкция, лазерное удаление, диатермокоагуляция, иссечение. В последующем раны обрабатываются мазями (герпевир, зовиракс и др.). До 25% отмечаются рецидивы, причем они связаны с повторным заражением или могут быть обусловлены реактивацией вируса [3, 5].

В клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца за 20 летний период (1996-2015 гг.) лечилось 109 детей по поводу папиллом в возрасте от 1 года до 16 лет. Лиц женского пола было 60 (55%), мужского – 49 (45%). В области лица, шеи, туловища и конечностей опухолоподобные элементы выявлены у 74 детей. В перианальной области – у 14 пациентов (см. рис. 1). Причем у 5 из них опухолоподобные элементы распространились за переходную складку и

слизистую прямой кишки. У 6 детей отмечалось поражение мошонки, у 9 – головки полового члена, у 3 из них - с переходом на слизистую уретры, малых и больших половых губ - у 6. Давность заболевания варьировалась от 3-4 недель до 3-4 месяцев. Наследственность была отягощена по линии матери почти у трети пациентов.



Рис. 1 Папилломатоз перианальной области

Удаление производили под общей анестезией. Оперативное иссечение выполнено у 38 больных, диатермокоагуляция – у 50. У 21 пациента одновременно использовано иссечение опухоли и диатермокоагуляция. Местно использовали повязки с мазью интерферон (интерферон альфа 2 б), а также зовиракс, герпевир. У 14 (12,8%) детей был отмечен рецидив на почве повторного заражения или реактивации вируса, проведена диатермокоагуляция повторно, наступило выздоровление. Гистологически диагноз папилломы был подтвержден у 100 детей, у 5 – фибропапиллома, у 4 – кератопапиллома.

#### **Литература**

1. Асламазян Л.К., Намазова Л.С., Мазытова Л.П. Современные подходы к терапии папилломавирусной инфекции кожи // Вопросы современной педиатрии. – 2011. – №4. – С. 25-28.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. – СПб.: ООО «Раритет-М», 1999. – 400 с.
3. Дмитриев Т.А., Биткина О.А. Папилломавирусная инфекция. – М.: Медицинская книга. – 2006. – 76 с.
4. Москаленко В.З., Журило И.П., Литовка В.К., Опухоли и опухолеподобные заболевания у детей. – Донецк: «Донеччина», 2003. – 92 с.
5. Рахматулина М.Р., Нечаева И.А. Клинические аспекты папилломавирусной инфекции аногенитальной области у детей // Вестник дерматологии и венерологии. – 2007. - №6. – С.45-47

## PAPILLOMAS IN CHILDREN

Cherkun A.V., Litovka V.K., Inozemtsev I.N., Litovka E.V., Malahova U.V.,  
Tishkov V.A., Alekseenko M.U.

M. Gorky Donetsk national medical university  
Republican Children's Clinical Hospital, Donetsk

**Summary.** The article raises questions about the diagnosis and treatment of papillomas in children. We present our cases.

**Key words:** papillomas, treatment, children.

## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.252–008.64–039.2:615.256

### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗГРУЖАЮЩЕГО АКУШЕРСКОГО ПЕССАРИЯ ПРИ БИХОРИАЛЬНОЙ ДВОЙНЕ

Егорова М.А., Петренко С.А., Талалаенко Ю.А., Мацынин А.Н.,  
Князева Н.В., Шаганов П.Ф., Гребельная Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии

**Резюме.** Представлены результаты применения акушерского разгружающего пессария 38 беременным с бихориальной двойней и высоким риском невынашивания. Учитывая полученные результаты, авторы рекомендовали расширить практику использования акушерского разгружающего пессария для профилактики и лечения невынашивания при многоплодной беременности.

**Ключевые слова:** акушерский пессарий, невынашивание беременности, бихориальная двойня.

За последние 20 лет во всем мире отмечен резкий скачок количества многоплодных беременностей и родов, и эта тенденция сохраняется и в настоящее время. При этом из числа всех многоплодных беременностей более 98% приходится на двойни.

Актуальность проблемы многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности и родов, повышении удельного веса кесарева сечения, осложнений послеродового периода, повышенном уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки, высокой частоте неврологических нарушений у выживших детей [1, 2, 3].

Пациентки с многоплодной беременностью остаются в группе высокого риска перинатальных осложнений. Даже при современном развитии медицины перинатальная смертность при беременности двойней в 5 раз выше, чем при одноплодной беременности, внутриутробная гибель плода выше в 4 раза, неонатальная – в 6 раз, перинатальная – в 10 раз [1]. Частота церебрального паралича у детей из двойни выше в 5 раз. Уровень ante- и интранатальных осложнений со стороны матери в 2–10 раз превышает таковой у пациенток с одноплодной беременностью [1, 3, 5]. В качестве основной причины неонатальной смертности при многоплодной беременности рассматривается недоношенность. На сегодняшний день эффективного способа профилактики

преждевременных родов при многоплодной беременности не существует. Известно, что чрезмерное давление на шейку матки при многоплодной беременности часто провоцирует развитие истмико-цервикальной недостаточности.

В современной литературе недостаточно внимания уделяется лечению угрозы невынашивания при многоплодии с помощью разгружающих акушерских пессариев, несмотря на высокую эффективность и безопасность этого метода. Сравнительная оценка хирургического и атравматического серкляжа с помощью пессариев показывает высокую эффективность и определенные преимущества последних [2, 4].

**Целью** исследования была оценка эффективности использования акушерского разгружающего пессария у беременных с бихориальной двойней и высоким риском невынашивания.

#### **Материалы и методы исследования.**

В исследование включались пациентки при наличии двойни, с точно установленным гестационным возрастом и идентифицированным бихориальным биамниотическим вариантом многоплодной беременности при выполненном до 18 недель ультразвуковом исследовании, а также при условии обращения в отделение родового наблюдения в течение указанного выше временного периода. В исследование не включались пациентки при установленных структурных либо хромосомных аномалиях плода, при наличии противопоказаний к использованию разгружающего акушерского пессария, при монохориальной беременности в связи с высоким риском развития фето – фетального трансфузионного синдрома и необходимостью досрочного родоразрешения при достижении полных 32 недель беременности. Не включались также пациентки при наличии трех и более плодов.

Проанализировано 38 случаев введения акушерского разгружающего пессария беременным бихориальной двойней и с признаками невынашивания, в сроках 18-27 недель беременности (основная группа). Из них первая беременность была у 20 женщин; повторная – у 18 женщин, из которых у 11 предыдущие беременности закончились нормальными родами, а у 12 – в анамнезе были самопроизвольные выкидыши и медицинские аборт.

В контрольную группу вошли 22 женщины с бихориальной двойней в сроках 18-27 недель беременности, 13 из которых которым проводилась традиционная токолитическая терапия по поводу угрозы невынашивания, 9 женщинам наложен циркулярный шов на шейку матки.

Для своевременной диагностики невынашивания мы использовали балльную оценку состояния шейки матки по шкале Штемберга и ультрасонографические критерии изменений шейки матки. Сумма баллов 5 и более являлись показанием для профилактики и лечения невынашивания традиционными способами и с помощью разгружающего акушерского пессария. При этом основными критериями являлись: укорочение шейки матки до 2,0 см и более, раскрытие цервикального канала на 0,9 см и выше, величина отношения длины к диаметру шейки матки на уровне внутреннего зева 1,16 см.

Каждой беременной проводились УЗИ и исследование влагалищной флоры.

Механизм действия пессария: уменьшение нагрузки на шейку матки вследствие перераспределения внутриматочного давления плодного яйца, частичное перераспределение внутриматочного давления на переднюю стенку матки вентрально-косою расположения пессария; физиологическая сакрализация шейки матки благодаря фиксации в смещенном «кзади» центральном отверстии пессария; замыкания шейки матки стенками центрального отверстия пессария; сохранение слизистой пробки, снижение половой активности позволяет уменьшить вероятность инфицирования; улучшение психоэмоционального состояния пациентки.

Пессарий вводился в стационаре. При наблюдении за беременными после введения пессария, проводились регулярное бактериологическое исследование влагалищных мазков, УЗИ шейки матки и контроль расположения пессария каждые 3-4 недели. В плановом порядке акушерский пессарий извлекался в 37 недель беременности или с наступлением родовой деятельности. После извлечения пессария мы проводили санацию половых путей, в зависимости от характера микрофлоры влагалища.

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Средний возраст женщин основной группы составил  $27,0 \pm 4,2$  лет, в контрольной -  $27,3 \pm 4,6$  лет ( $p > 0,05$ ). Социальное положение, вредные привычки и профессиональные вредности не имели статистически значимых различий в исследуемых группах.

При выявлении патологического биоценоза влагалища производилась его санация с учетом обнаруженных возбудителей. После санации влагалища пессарий устанавливали на 3–9-е сутки поступления, наиболее часто на 5–6-е сутки.

При введении акушерского пессария 38 беременным осложнений не было. Ни в одном из 38 случаев, даже при непрерывном ношении пессария в течении 20 недель, не отмечено случаев трофических изменений влагалища. В 4 случаях пришлось проводить лечение кандидоза влагалища до извлечения пессария. Токолитическая терапия, в связи с жалобами на боли внизу живота, была проведена до и после введения пессария 13 женщинам (34,0%).

В основной группе женщин срочные роды произошли в 36 (87%) случаях, в контрольной – в 15 (68%) случаях. Течение родов осложнилось преждевременным излитием околоплодных вод у 5 (13,1%) пациенток основной группы и 6 (27,3%) пациенток контрольной, безводный промежуток не превысил  $8,4 \pm 1,5$  ч. и  $12,2 \pm 2,6$  ч соответственно ( $p < 0,05$ ). Средняя продолжительность родов составила  $10,5 \pm 2,3$ ч в основной группе и  $9,5 \pm 2,6$ ч в контрольной. Кровопотеря в родах через естественные родовые пути составила в среднем  $290 \pm 27$  мл и  $330 \pm 39$ мл, патологической кровопотери у наблюдаемых пациенток не было.

Родоразрешение путем кесарева сечения выполнено у 7 (18,4%) пациенток основной группы и у 6 (27,3%) пациенток контрольной. В основной группе кесарево сечение проведено в плановом порядке, показаниями были

тазовое предлежание первого плода. В контрольной группе операция была проведена в 3 случаях в плановом порядке по поводу тазового предлежания первого плода, в 2 случаях в связи с развившимся дистрессом плода в родах в сроке 35 недель, в 1 случае имела место отслойка нормально расположенной плаценты в первом периоде родов. В контрольной группе при проведении консервативной токолитической терапии 12 женщинам, преждевременные роды наступили у 4 беременных (18,1%), перинатальные потери составили 4,5% (1 новорожденный). У 9 беременных, которым было проведено хирургическое лечение ИЦН, в 1 случае произошел инструментальный прокол плодного пузыря, у 1 беременной развился хориоамнионит, потребовалось снятие циркулярного шва и проведение антибактериальной терапии. В основной группе перинатальных потерь не было.

При изучении состояния доношенных новорожденных, были получены следующие результаты. Средний вес детей составил  $3585 \pm 488$  г. в первой группе и  $3382 \pm 615$  г во второй группе ( $p > 0,05$ ). Оценочный балл состояния новорожденных по шкале Апгар, соответственно на 1-й и 5-й минутах, был следующий: у новорожденных основной группы -  $7,6 \pm 1,5$  и  $8,4 \pm 1,3$  у новорожденных контрольной группы -  $7,2 \pm 1,6$  и  $8,6 \pm 1,1$  ( $p_1 - p_2 > 0,05$ ).

Длительность пребывания в стационаре составила в среднем  $12 \pm 1,2$  дней в основной группе и  $18 \pm 1,6$  дней в контрольной ( $p < 0,05$ ).

### **Выводы**

Результаты исследования показали эффективность применения акушерского разгружающего пессария с целью профилактики и лечения невынашивания у беременных с многоплодной беременностью, снижения частоты позднего аборта и преждевременных родов, перинатальных потерь благодаря суммарному воздействию, приводящему к замыканию шейки матки, сакрализации шейки, перераспределению давления плодного яйца, лучшему формированию укороченной и частично открытой шейки матки. Использование разгружающего акушерского пессария является патогенетически обоснованным у беременных с многоплодием и позволяет пролонгировать беременность до доношенного срока у 90% беременных исследуемой группы, снизить медикаментозную нагрузку на беременную и плод, что отвечает современным принципам перинатологии. Использование акушерского разгрузочного пессария не оказывает негативного влияния на течение родов, применение оперативных методов родоразрешения и состояние здоровья новорожденных.

### **Литература**

1. Бурудули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери –Москва: «Триада-Х», 1997. –187 с.
2. Занько С. Н. Предупреждение преждевременных родов с помощью акушерского разгружающего пессария / С. Н. Занько, А. Ю. Журавлев // Здоровоохранение. – 2004. № 8 – С. 6-9.
3. Кулаков В.И. Мурашко Л.Е. Преждевременные роды М.: Медицина, 2002.–172 с.
4. Михайлова В.В. Опыт использования акушерского разгружающего



пессария в группе женщин с высоким риском преждевременных родов/ В.В. Михайлова, Н.К. Рубан, С.В. Цемашко //Здоровье женщины. – 2008. – Т. 32, № 4. – С. 68-70.

5. Multicentre controlled trial of cerclage in women at moderate risk of preterm delivery/ Renaud R., P. Lazar, S. Guegun [et al.] // British Journal of Obstetrics and Gynecology. – 2008. – №. 91 – P. 731- 735.

#### EXPERIENCE OF APPLICATION OF OBSTETRICIAN UNLOADING PESSARY AT WOMEN WITH BICHORIONIC TWINS

Egorova M.A., Petrenko S.A., Talalayenko Y.A., Matsinin A.N.,  
Knyazeva N.V., Shaganov P.F., Grebelnaya N.V.  
M. Gorky Donetsk National medical university

**Summary.** Results of application of obstetrician unloading pessary of 38 women with bichorionic twins and high risk of miscarriage are presented. Considering the received results, authors recommended to expand practice on using obstetrician pessary for prevention and treatment of miscarriage in case of bichorionic twins.

**Key words:** obstetrician pessary, miscarriage, bichorionic twins.

УДК 618.39.-21.3-06:616.89-08+618.1

#### ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АНТЕНАТАЛЬНУЮ ГИБЕЛЬ ПЛОДА

Клецова М.И., Чурилов А.В., Свиридова В.В., Джеломанова С.А., Друпп Ю.Г.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии

**Резюме.** Антенатальная гибель плода составляет 77,9% среди мертворожденных детей, и остается до сих пор актуальной клинической проблемой. После перенесенных родов мертвым плодом у женщин развиваются психосоматические заболевания. В работе изучено состояние психосоматического здоровья женщин репродуктивного возраста с антенатальной гибелью плода при первой беременности и разработаны реабилитационные мероприятия по его оптимизации. Предложенный комплексный метод реабилитации позволяет нормализовать психосоматический статус женщин с антенатальной гибелью плода и более качественно подготовить их к последующей беременности, что позволяет использовать его в практическом акушерстве и гинекологии.

**Ключевые слова:** антенатальная гибель плода, психосоматическое здоровье, реабилитация, оптимизация.

Основная задача современного акушерства – рождение женщинами здорового ребенка, сохранив при этом физическое, психическое, социальное и репродуктивное здоровье матери. Роды-это нормальная естественная репродуктивная функция организма женщины, в тоже время они являются достаточно серьезным испытанием для физического и психического состояния организма беременной, роженицы. Особенно если они заканчиваются неожиданно для матери рождением мертвого плода.

Антенатальная гибель плода (гибель плода с 22 недель до родов-один из показателей перинатальных потерь), составляет 77,9% среди мертворожденных детей, и остается до сих пор актуальной клинической проблемой. Данное осложнение беременности это не только репродуктивные потери. В некоторых

случаях это источник прямой угрозы здоровью и жизни беременной [1].

После перенесенных патологических родов мертвым плодом у женщин зачастую развиваются психосоматические заболевания в виде патологических состояний внутренних органов и систем [1;2;3].

Каждая современная женщина на протяжении своей жизни сегодня неоднократно сталкивается с психосоциальными стрессовыми факторами и ситуациями. Психосоматическое состояние здоровья женщин, родивших мертвого ребенка можно отнести к чрезвычайно тяжелому. Нарушение психосоматического здоровья существенно влияют на образ и качество жизни женщины, особенно на ее репродуктивное здоровье [3].

В связи с перечисленными сложившимися обстоятельствами, возникшими у женщин с антенатальной гибелью плода в анамнезе возникает острая необходимость стабилизации у них психоэмоционального статуса.

**Цель исследования:** изучить состояние психосоматического здоровья женщин репродуктивного возраста с антенатальной гибелью плода при первой беременности и разработать реабилитационные мероприятия по его оптимизации.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 90 женщин репродуктивного возраста. Первую группу составили 30 здоровых женщин, первая беременность у которых завершилась срочными, нормальными родами. Вторая группа-30 женщин, перенесших антенатальную гибель при первой беременности, которым не проводились реабилитационные мероприятия по поводу перенесенного стресса. Третья группа-30 женщин, перенесших антенатальную гибель при первой беременности, которым проводился комплекс реабилитационных мероприятий по стабилизации у них психоэмоционального статуса.

Оценку соматического здоровья проводили по следующим показателям: частота дыхательных движений, пульс, артериальное давление. С помощью специализированного психологического тестирования, индивидуальных бесед определялась степень психического и психологического влияния перинатальных потерь на качество жизни женщин и их психосоматическое здоровье. Психологические тесты включали ряд вопросов, среди которых основными для оценки являлись: наличие нарушения сна, чувства повышенной ответственности и тревоги за жизнь будущего плода в случае наступления беременности, отказ от репродуктивной функции, наличие в семье конфликта по поводу нежелания повторного деторождения.

Комплекс реабилитационных мероприятий включал: гимнастические упражнения; общий массаж; индивидуальные занятия супружеской пары с психотерапевтом; занятия психотерапевта с группой женщин.

**Результаты исследования.** При анализе гемодинамических показателей (таблица 1) выявлено, что в 3 группе на фоне проводимых реабилитационных мероприятий показатели систолического, диастолического давления и частоты сердечных сокращений колеблются в пределах нормальных цифр и

приближаются к таковым в контрольной группе. Тогда как во 2 группе уровень систолического давления превышает этот показатель в 3 группе на 12%, а в контрольной группе- на 14,2%. Такая же динамика наблюдается и с диастолическим давлением: показатели 1 и 2 групп идентичны, зато во 2 группе этот показатель превышает таковой в 3 - на 24,6%, а в контрольной- на 27 %. При анализе ЧСС отмечена аналогичная ситуация: показатель во 2 группе выше такового в 3 и группе контроля соответственно на 7,1% и 15,5%.

Таблица 1. Среднесуточные показатели систолического, диастолического АД и ЧСС

Исследуемые группы	Систолич. АД (ммрт.ст.)	Диастолич. АД (ммрт.ст.)	ЧСС (уд/мин)
1 группа	109 (98-116)	65 (62-77)	71 (67-76)
2 группа	127 (119-134)	89 (79-98)	84 (75-95)
3 группа	112 (107-117)	68 (60-77)	78 (71-75)

При анализе психологического тестирования о состоянии сна установлено, что женщины 3-й группы засыпали вдвое быстрее, чем женщины в 1-й группе ( $p < 0,05$ ), и в 1,9 раза быстрее по сравнению с контролем ( $p < 0,05$ ). У женщин 2 группы отмечалось выраженное нарушение процесса засыпания и общего времени бодрствования в течение ночи по сравнению со здоровыми женщинами контрольной группы- в 3,5 раза, и в 2,6 раза ( $p < 0,05$ ) этот показатель был выше такового в 3-й группе. Следует отметить, что количество времени, требуемого для засыпания (латенция ко сну), у женщин 3-й группы было достоверно меньше, чем во 2-й группе, однако значимо не отличалось от аналогичного показателя в группе контроля.

На вопрос о наличии чувства повышенной ответственности и тревоги за жизнь будущего плода в случае наступления беременности в группе контроля ответили лишь 2 женщины- 6,7%, во 2-й группе это состояние отмечало 28 женщин- 93%, тогда как на фоне проводимых реабилитационных мероприятий (3-я группа) этот показатель составлял 23,3% (положительный ответ дали-7 человек).

Отказ от репродуктивной функции в группе контроля наблюдался лишь в 3х случаях-10%, во 2-й группе-76,7% (23 положительных ответа), тогда как в 3-й группе-43,3% (13 положительных ответов).

О наличии внутрисемейного конфликта по поводу нежелания повторного деторождения женщины группы контроля все ответили отрицательно. Во 2-й группе положительный ответ дали 24 женщины-80%, тогда как в 3-й группе этот показатель был ниже такового во 2-й группе на 43,3% (всего 11 женщин из 30 дали положительный ответ-36,7%).

**Выводы.** Таким образом, женщины, родившие в первых родах мертвого ребенка находятся в тяжелом стрессовом состоянии, депрессии и устойчивой выраженной дезадаптации, о чем свидетельствуют показатели гемодинамики и результаты психологического тестирования. В жизни таких женщин происходят значительные нарушения как психики и психосоциального статуса,

так и репродуктивного здоровья. Качество здоровья и жизни таких женщин резко снижено, и они остро нуждаются в современной физической, психологической и социальной реабилитации.

Предложенный нами комплексный метод реабилитации позволяет нормализовать соматический и психоэмоциональный статус женщин после перенесенных патологических родов (антенатальная гибель плода) и более качественно подготовить их к последующей беременности, что позволяет использовать его в практическом акушерстве и гинекологии.

### Литература

1. Грищенко О.В. Искусственное прерывание беременности и уровень переживания стресса у женщин фертильного возраста в фокусе междисциплинарной проблемы. /О.В. Грищенко, Т.С. Завадская// Здоровье женщины. – 2010.-№8.-С.132-34.
2. Добряков И.В. Перинатальная психология. И.В. Добряков: Питер; СПб.; 2010.-234с. ISBN 978-5-49807-191-6.
3. Чурилов А.В. Особливості розвитку порушень психосоматичного стану здоров'я вагітних жінок, фізична та психологічна підготовка до пологів /А.В. Чурилов, В.А. Мітюков, А.В. Симарова, П.М. Писаренко та ін. //Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – Харків. – 2008. - №11. – С.213-221.

#### THE OPTIMIZATION OF PSYCHOSOMATIC HEALTH OF WOMEN WHO HAVE HAD ANTENATAL STILLBIRTH

Kletsova M.I., Churilov A.V., Sviridova V.V., Dzhelomanova S.A., Drupp Y.G.

M. Gorky Donetsk national medical university

The department of Obstetrics and Gynecology

**Summary.** Antenatal fetal death composes about 77.9% of stillborn children. This is an actual clinical problem. Women have psychosomatic illnesses after childbirth which ended stillbirth. In this work studied the state of psychosomatic health of women of reproductive age who had stillbirth in the first pregnancy. We have developed the rehabilitation measures for its optimization. The proposed complex method of rehabilitation allows the normalized the psychosomatic status of women with antenatal fetal death and better prepared them for subsequent pregnancy. This allows you to use it in practical obstetrics and gynecology.

**Key words:** antenatal fetal death, psychosomatic health, rehabilitation, optimization.

УДК 618.4-036 + 618.431

#### ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДИСТРЕССА ПЛОДА ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Мацынин А.Н., Кутитонская В.Ю.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** К развитию дистресса плода в родах приводит совокупность факторов: экстрагенитальная патология (48,54%): невоспалительной этиологии – 64,12%, воспалительной этиологии – 35,88%; осложненный гинекологический анамнез (36,5%), гестационные осложнения, а также осложнения, возникшие во время родов - патологический прелиминарный период (10,8%), дискоординация родовой деятельности (7,25%).

Наибольшее значение в развитии дистресса плода в родах, на наш взгляд, имеет экстрагенитальная патология невоспалительной этиологии, что подтверждено результатами проведенного исследования.

**Ключевые слова:** дистресс плода, факторы риска.

**Актуальность проблемы.** Проблема оценки состояния плода является ключевой в акушерстве и во многом определяет тактику ведения беременности и родов [1]. Плод, развитие которого происходит в условиях недостаточной функции плаценты, имеет повышенный риск развития перинатальных осложнений, встречающихся у 65 % новорожденных [2]. Основная причина развития дистресса плода - плацентарная недостаточность, развивающаяся как первично, так и вторично, вследствие экстрагенитальной патологии. [3, 4, 5].

По данным современной литературы в развитии плацентарной недостаточности большая роль отводится такому патологическому процессу, как эндотелиальная дисфункция, при которой происходит нарушение роста, дифференцировки и функционирования сосудов плаценты, связанное с неадекватной продукцией сосудисто-эндотелиального фактора роста, а также нарушение свертывающего потенциала крови с развитием хронического ДВС-синдрома [6]. Повреждение эндотелия приводит к снижению деформабельности эритроцитов, что является причиной нарушения кровотока в системе микроциркуляции. В случае длительного процесса повреждения сосудистой стенки развивается блокада микроциркуляторного русла (в том числе, в системе маточно-плацентарного кровотока), нарушение транскапиллярного обмена, и, как следствие, развитие гипоксии. [7, 8].

**Целью** нашего исследования стало выявление факторов риска возникновения дистресса плода в родах с целью разработки комплекса мероприятий для профилактики развития данного осложнения.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ 217 историй родов женщин и историй развития новорожденных. В основную (I) группу вошли 195 историй родов женщин, у которых в родах развился дистресс плода и историй развития их новорожденных; в контрольную группу (II) вошли 22 истории родов и истории развития новорожденных без дистресса за период 2005-2015 гг. в родильном отделении центральной городской клинической больницы № 6 г. Донецка. Диагноз дистресс плода в родах был выставлен на основе данных кардиотокографии (аппарат Sonicaid TEAM) - ЧСС плода менее 110 ударов в минуту, амплитуда базального ритма – менее 3-х ударов в минуту, наличие поздних глубоких пролонгированных децелераций, стойкая брадикардия. Состояние новорожденных оценивали по шкале Апгар.

Статистическую обработку полученных результатов проводили методом вариационной статистики. Для оценки достоверности разницы средних величин рассчитывали t-критерий Стьюдента-Фишера. Разница считалась достоверной при значении  $p \leq 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Возраст пациенток в обеих группах был от 16 до 42 лет и статистически не отличался ( $p \geq 0,05$ ), составляя  $26,78 \pm 2,28$  и  $25,3 \pm 2,46$  в I и II группах соответственно. По паритету и социальному статусу также не было выявлено достоверной разницы ( $p \geq 0,05$ ). Оценка новорожденных по шкале Апгар во II группе составила  $8,15 \pm 1,28$  баллов, в I группе достоверно ниже ( $p \leq 0,05$ ) -  $4,25 \pm 0,98$  балла.

В ходе исследования нами была выявлена высокая частота экстрагенитальной патологии в обеих группах без достоверной разницы ( $p \geq 0,05$ ): в основной группе – 67,18% (131 женщина), в группе сравнения – 54,54% (12 женщин). Однако следует отметить, что большую часть экстрагенитальной патологии во II группе составили инфекционные заболевания (хронический пиелонефрит, обострявшийся во время беременности, хронический бронхит, инфекции полости рта (кариес, пародонтоз) - 40,90% (9 пациенток), в то время как в I группе данная патология встречалась достоверно реже ( $p \leq 0,05$ ) - 28,24% (55 пациенток). В то же время в основной группе достоверно чаще ( $p \leq 0,05$ ) встречалась неинфекционная экстрагенитальная патология щитовидной железы - 17,44% (34), сахарный диабет - 12,82 % (25), гипертоническая болезнь - 19,49 % (38), метаболический синдром – 7,69 % (15), антифосфолипидный синдром – 16,41% (32); в группе контроля данная патология встречалась в 9,09% (2), 4,55% (1), 9,09% (2), 4,55% (1), 4,55% (1) случаях соответственно.

При анализе гинекологического анамнеза пациенток обеих групп выявлены перенесенные ранее воспалительные заболевания гениталий (сальпингит, оофорит, эндометрит), которые встречались в I группе у 37,99% (74), во II группе – у 36,36% (8); доброкачественные опухоли яичников и матки (фибромиома матки, киста яичника) – в основной группе у 17,44% (34), в группе контроля у 13,63% (3), встречающиеся одинаково часто ( $p \geq 0,05$ ).

При анализе течения беременности было выявлено, что гестационные осложнения в основной группе встречались достоверно чаще ( $p \leq 0,05$ ), чем в группе контроля. Так, угроза прерывания беременности с частичной отслойкой хориона в I группе встречалась у 36,41% (71), во II группе – 9,09% (2), гестозы I и II половины беременности – в 48,72% (95) и 22,72% (5) в I и II группах соответственно. Среди других осложнений течения беременности имело место предлежание плаценты - 3,59% (7) и 4,55% (1) – без достоверной разницы ( $p \geq 0,05$ ); гестационный сахарный диабет – 2,82% (25) и 4,55% (1); многоводие – 24,61% (48) и 18,18% (4) - в I группе встречались достоверно чаще ( $p \leq 0,05$ ).

У женщин I группы хроническая фетоплацентарная недостаточность и задержка внутриутробного развития плода во время беременности были диагностированы в 12,31% (24) случаях, во II группе данные осложнения не встречались. Накануне родов по результатам кардиотокографии, оценки биофизического профиля плода данных о наличии признаков фетоплацентарной недостаточности у женщин выявлено не было.

В ходе анализа выявлена высокая частота встречаемости обвития пуповины вокруг шеи и/или туловища плода (по данным ультразвукового исследования и подтвержденная в процессе родов): в основной группе обвитие встречалось достоверно чаще ( $p \leq 0,05$ ) - 29,74% (58), в группе контроля – 9,09% (2). Данное обстоятельство, на наш взгляд, может свидетельствовать о чрезмерной двигательной активности плода и его внутриутробном страдании, что в свою очередь подтверждает наличие плацентарной недостаточности, которая, к сожалению, не была диагностирована во время беременности

другими дополнительными методами исследования (кардиотокография, оценка биофизического профиля плода).

Проведенный анализ течения родов позволил установить высокую частоту встречаемости патологического прелиминарного периода у женщин основной группы, что было достоверно чаще ( $p \leq 0,05$ ), чем в группе контроля: 12,95% (25) и 4,55% (1) соответственно. Дискоординация родовой деятельности выявлена в 9,74% (19) и 4,55% (1) в I и во II группах соответственно. Следует отметить, что у женщин I группы достоверно чаще ( $p \leq 0,05$ ) встречались такие осложнения в родах, как слабость родовой деятельности (16,92% (33)), в то время как у женщин II группы слабость родовой деятельности развилась в 4,55% (1). Развитие слабости родовой деятельности послужило показанием к проведению родостимуляции как окситоцином, так и простагландинами E<sub>2</sub> (45,15% и 54,85% соответственно). В группе контроля родостимуляция проводилась окситоцином в 13,63% (3) случаев.

Родоразрешение у пациенток основной группы проводилось оперативным путем (операция кесарево сечение – 72,82% (142), вакуум-экстракция плода – 27,18% (53)). В группе сравнения консервативное родоразрешение имело место в 86,36% (19) случаев, родоразрешение путем операции кесарево сечение по показаниям, не связанным с развитием дистресса плода в 13,64% (3).

При органомерическом анализе последов женщин исследуемых групп было установлено, что у пациенток основной группы наблюдалась тенденция к увеличению диаметра и массы плаценты по сравнению с пациентками группы контроля, что может быть объяснено компенсаторной реакцией (средний диаметр плацент основной группы –  $25,0 \pm 1,8$  см, группы контроля –  $21,4 \pm 1,69$  см; средняя масса –  $596,0 \pm 23,2$  г. и  $494,0 \pm 11,7$  г. соответственно).

При гистологическом исследовании плацент рожениц основной группы на материнской части плаценты выявлены единичные и множественные, крупные и мелкие сгустки крови разного цвета и строения, что свидетельствует о различном времени ретроплацентарных кровоизлияний, связанных с частичной отслойкой плаценты: в I группе – 23,07% (45), во II группе – 4,55% (1). Также при гистологическом исследовании плацент родильниц основной группы были выявлены признаки плацентарной недостаточности, компенсаторно-приспособительные изменения разной степени выраженности (увеличение количества терминальных ворсин, гиперплазия и периферическое расположение капилляров, уменьшение толщины плацентарного барьера с истончением синцития, формирование синцитиокапиллярных мембран с образованием и гиперплазией синцитиальных узелков). Данные изменения у женщин основной группы встречались достоверно чаще ( $p \leq 0,05$ ), чем у женщин группы контроля и были выявлены в 43,08% (84) и 9,09% (2) случаев соответственно.

Воспалительные изменения тканей последа встречались одинаково часто в I и II группах без достоверной разницы ( $p \geq 0,05$ ): 41,54% (81) и 36,36% (8) соответственно. Несмотря на наличие воспалительных изменений в последах женщин обеих групп при гистологическом исследовании, дистресс плода в

родах у женщин второй группы не развивался. Это может свидетельствовать в пользу большего влияния экстрагенитальной патологии невоспалительной этиологии на развитие дистресса плода в родах, что, вероятнее всего, связано с наличием эндотелиальной дисфункции, как ведущего фактора в развитии плацентарной недостаточности.

**Выводы.** Факторами риска развития дистресса плода в родах является экстрагенитальная патология (48,54%): невоспалительной этиологии – 64,12%, воспалительной этиологии – 35,88%; нарушения сократительной деятельности матки, осложненный гинекологический анамнез (36,5%).

Тяжесть состояния плода соответствует более выраженным изменениям в плаценте, которые проявляются в виде компенсаторно-приспособительных изменений разной степени выраженности.

Учитывая ведущую роль эндотелиальной дисфункции в развитии плацентарной недостаточности, которая может приводить к возникновению дистресса плода в родах, а также высокую частоту экстрагенитальной патологии у женщин с такими осложнениями, следует продолжить изучение влияния различных нозологических форм экстрагенитальной патологии на развитие эндотелиальной дисфункции с целью разработки комплекса мероприятий по профилактике плацентарной недостаточности во время беременности и дистресса плода в родах.

### **Литература**

1. Протопопова Е.А. и соавт. Комплексная оценка состояния плода у беременных высокого перинатального риска // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. 2012. № 3 (85), ч. 1. – С. 55-57.
2. Антонов А.Г. Реанимация и интенсивная терапия новорожденных с асфиксией // Лечащий врач. – 2006. - № 3. – С. 80-83.
3. Авраменко Н.В. и соавт. Фактори ризику народження дітей із дистресом // Запорожский медицинский журнал. 2014. № 2 (83). – С. 62-63.
4. Шапошникова Е.В. Изучение показателей системы гемостаза у беременных с хронической плацентарной недостаточностью на фоне экстрагенитальной // Медицинский альманах. 2012. № 5 (24). – С. 37-39.
5. Patnaik, M.M. Pregnancy and thrombophilia // Expert Rev. Cardiovasc. Ther. 2007. Jul. 5 (4). - P. 753-765.
6. Каюмова Л.Х. Гемостаз при физиологической и осложненной гестозом беременности // Медицинский альманах. 2009. № 4 (9). – С. 63-66.
7. Сидельникова В.М., Кирющенко П.А. Гемостаз и беременность // М.: Триада-Х, 2004. – 208 с.
8. Зубаиров Д.М. Молекулярные основы свертывания крови и тромбообразования // Казань: ФЭН, 2000. – 364 с.

### **RISK FACTORS FOR FETAL DISTRESS DURING LABOR**

Matsynin A.N., Kutitonskaya V.Y.

M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** To the development of fetal distress in labor causes a combination of factors: extragenital pathology (48.54%) non-communicable diseases - 64.12%, infectious diseases - 35.88%; complicated gynecological diseases (36.5%), gestational complications, as well as complications arising during childbirth - a pathological preliminary period (10.8%), discoordination



labor (7.25%).

The highest value in the development of fetal distress in labor, in our opinion, is not infectious extragenital pathology, which is confirmed by the results of the study.

**Key words:** fetal distress, risk factors.

УДК 618.52–008–06-085

## ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПОСЛЕРОДОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТАЗОВОГО ДНА У РОЖЕНИЦ ГРУППЫ РИСКА

Мирович Е.Д., Чурилов А.В., Петренко С.А., Егорова М.А., Носкова О.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Кафедра акушерства и гинекологии

**Резюме.** Для изучения значения эпизиотомии как метода профилактики послеродовой тазовой дисфункции исследовали функциональное состояние нервно-мышечного аппарата тазового дна в двух группах родильниц высокого риска развития послеродовой тазовой недостаточности (с эпизиотомией и без таковой) на 5-е сутки после родов, через 2 и 6 месяцев. Установлено, что применение эпизиотомии, как метода профилактики послеродовой тазовой дисфункции у женщин группы высокого риска травматизации тазового дна в родах, приводит к снижению относительного риска развития функциональных нарушений на 26%. В связи с развитием нарушения функции тазового дна у таких родильниц, им показано проведение послеродовых реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** послеродовая тазовая недостаточность, эпизиотомия.

Профилактика повреждений тазового дна в родах, в основном, направлена на рациональное планирование тактики родоразрешения, которое позволяет прогнозировать и предупреждать такие операции, как акушерские щипцы и вакуум экстракция плода, а также на своевременное производство эпизиотомии.

Несмотря на очевидное укорочение периода изгнания и соответственно снижение продолжительности сдавливающего механического воздействия на мышцы тазового дна подлежащей частью плода, вокруг целесообразности производства эпизиотомии в настоящее время продолжается дискуссия. Вместе с тем, несмотря на большое количество исследований, посвященных этому вопросу [3 -11], в доступной литературе мы не встретили работ, доказывающих положительное или отрицательное влияние производства эпизиотомии на состояние тазового дна в группах родильниц, стандартизированных между собой по наличию факторов риска развития тазовой дисфункции. Такими факторами являются снижение эластичности мягких тканей у возрастных рожениц, либо при длительном интервале между родами, а также снижение опорно-механической и защитной функции соединительной ткани в связи с ее системной дисплазией [2].

**Целью** данной работы явилось изучение значения эпизиотомии, как метода профилактики послеродовой тазовой дисфункции.

**Материалы и методы исследования.** Для решения поставленной задачи было проведено исследование функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна в двух группах родильниц высокого риска развития послеродовой тазовой недостаточности на 5-е сутки послеродового периода, а

также через 2 и 6 месяцев. При стандартизации по возрасту, гинекологическому, акушерскому, семейному анамнезу, а также наличию проявлений системной дисплазии соединительной ткани, сравниваемые группы были репрезентативны. Проявления дисплазии соединительной ткани определялись на основании наличия внешних и висцеральных ее признаков и учитывались в случае их присутствия более чем в четырех органах или системах [1].

Оценка состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна проводилась по трем показателям: порогу чувствительности мышц тазового дна к электрическому току, максимальной силе произвольных сокращений мышц промежности и силе сокращения мышц тазового дна при электростимуляции их силой тока 12 мА. Данные исследования осуществлялись с помощью двух аппаратов: генерирующего электроимпульсы – «Стимул-1» и регистрирующего минимальные сокращения мышц тазового дна – электросфинктерометра.

Нормальные значения изучаемых показателей были получены на основании их определения в группе из 30 первородящих родильниц, не имеющих факторов риска развития послеродовой тазовой дисфункции (контрольная группа).

Основную группу составили 34 родильницы, у которых во втором периоде родов с началом прорезывания головки плода была произведена эпизиотомия. В группу сравнения вошло 37 родильниц, которым эпизиотомия не производилась.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Результаты исследования функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна на 5-е сутки послеродового периода в изучаемых группах родильниц и нормальные значения показателей представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна в сравниваемых группах родильниц и их нормальные значения на 5-е сутки послеродового периода

Показатель	Нормальные значения показателей	Основная группа (n=34)	Группа сравнения (n=37)	P
Порог чувствительности рецепторов влагалища (мА)	2,7 – 12,1	8,20±0,41	12,56±0,17	P<0,05
Сила сокращения мышц промежности при I – 12 мА, в г.	3,0 – 13,3	6,82±0,34	4,17±0,17	P<0,05
Сила произвольного сокращения мышц, в г.	5,6 – 17,4	8,65±0,55	3,9±0,12	P<0,05

Как видно из данной таблицы, между родильницами основной группы и группы сравнения на 5 сутки послеродового периода имели место достоверные различия изучаемых показателей. В основной группе женщин изучаемые показатели укладывались в границах установленных нами норм, в группе сравнения средние значения порога чувствительности к электрическому току и силы произвольного сокращения мышц промежности находились ниже нормальных значений. Отношение показателей силы сокращения мышц

промежности под воздействием электрического тока и силы произвольного сокращения мышц в основной группе составило 0,92, в то время как в группе сравнения – 1,07, что является свидетельством более существенных нарушений иннервации у рожениц группы сравнения.

При изучении индивидуальных значений показателей функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна установлено их снижение ниже нормальных значений у 23 рожениц основной группы ( $67,64 \pm 7,13\%$ ) и у 36 ( $97,29 \pm 5,46\%$ ) – группы сравнения. Абсолютный риск развития тазовой дисфункции в основной группе рожениц на 5-е сутки послеродового периода составил 0,68, в группе сравнения – 0,97 ( $P < 0,05$ ). Относительный риск составил 0,7, а его снижение между группами - 0,30 или 30%.

Результаты исследования функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна, проведенного через два месяца после родов, в изучаемых группах рожениц и нормальные значения показателей представлены в таблице 2. Как видно из данной таблицы в этом сроке различия между средними значениями изучаемых показателей в основной группе и группе сравнения также остаются статистически достоверными. Значения показателей у женщин основной группы находятся в границах установленной нормы. В группе сравнения показатель силы произвольного сокращения мышц промежности остается ниже значений нормы, что свидетельствует о преимущественных нарушениях иннервации тазового дна. Отношение показателей силы сокращения мышц промежности под воздействием электрического тока и силы произвольного сокращения мышц в основной группе составляет 0,76, в то время как в группе сравнения – 1,25.

Таблица 2. Показатели функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна в сравниваемых группах рожениц и их нормальные значения через 2 месяца после родов

Показатель	Нормальные значения показателей	Основная группа (n=34)	Группа сравнения (n=37)	P
Порог чувствительности рецепторов влажной влагалища (мА)	0 – 9,6	$7,12 \pm 0,47$	$8,43 \pm 0,41$	$P < 0,05$
Сила сокращения мышц промежности при I – 12 мА, в г.	5,4 – 26,8	$9,91 \pm 0,70$	$8,06 \pm 0,58$	$P < 0,05$
Сила произвольного сокращения мышц, в г.	9,3 – 43,7	$12,7 \pm 1,55$	$6,51 \pm 0,67$	$P < 0,05$

При изучении в этом сроке индивидуальных значений показателей функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна снижение их ниже нормальных значений имело место у 17 рожениц основной группы ( $50,0 \pm 8,98\%$ ) и у 27 ( $72,97 \pm 7,75\%$ ) – группы сравнения ( $P < 0,05$ ). Следовательно, в основной группе рожениц через два месяца после родов абсолютный риск развития тазовой дисфункции снизился с 0,68 до 0,5. У части женщин группы сравнения с течением времени также произошло восстановление функции нервно-мышечного аппарата тазового дна и снижение

абсолютного риска с 0,97 до 0,73. Снижение абсолютного риска между группами составило 0,23, в то же время снижение относительного риска составило 0,29 или 29% и достоверно не отличалось от такового в сроке 5 суток ( $P>0,05$ ).

Через 6 месяцев после родов (табл. 3.) различия между средними значениями изучаемых показателей функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна в сравниваемых группах оставались достоверно выраженными.

Таблица 3. Показатели функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна в сравниваемых группах родильниц и их нормальные значения через 6 месяцев после родов

Показатель	Нормальные значения показателей	Основная группа (n=34)	Группа сравнения (n=37)	P
Порог чувствительности рецепторов влагалища (мА)	0 – 9,4	6,65±0,64	8,35±0,52	P<0,05
Сила сокращения мышц промежности при I – 12 мА, в г.	5,9 – 28,2	12,13±1,08	8,78±0,0,92	P<0,05
Сила произвольного сокращения мышц, в г.	9,7 – 43.2	15,49±1,75	7,47±0,97	P<0,05

При этом в группе сравнения среднее значение силы произвольного сокращения мышц промежности, как и в предыдущем исследовании, оставалось ниже установленной нормы. Отношение показателей силы сокращения мышц промежности под воздействием электрического тока и силы произвольного сокращения мышц в основной группе составило 0,78, в то время как в группе сравнения – 1,18.

При изучении в этом сроке индивидуальных показателей функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна снижение их ниже нормальных значений сохранилось у 16 женщин основной группы (47,06±8,98%) и у 27 (72,97±7,75%) – группы сравнения ( $P<0,05$ ), а абсолютный риск развития функциональных нарушений соответственно составил 0,47 и 0,73.

При анализе динамики изменений абсолютного риска развития тазовой дисфункции установлено, что в обеих группах родильниц, несмотря на различия в значениях, имели место одинаковые тенденции к снижению абсолютного риска развития функциональных нарушений тазового дна в течение первых двух месяцев после родов. В дальнейшем восстановление функционального состояния нервно-мышечного аппарата тазового дна не отмечалось.

Снижение риска нарушений функции тазового дна у женщин основной группы относительно группы сравнения к окончанию периода наблюдения (6 месяцев после родов) составило 0,26 или 26%, и достоверно не отличалось от такового в предыдущих исследованиях.

**Выводы.** На основании проведенных исследований установлено, что

применение эпизиотомии, как метода профилактики послеродовой тазовой дисфункции у женщин группы высокого риска травматизации тазового дна в родах, приводит к снижению относительного риска развития функциональных нарушений на 26%. В то же время, в связи с тем, что у значительной части данного контингента женщин, несмотря на произведенную эпизиотомию, развиваются нарушения функции тазового дна, таким родильницам показано проведение послеродовых реабилитационных мероприятий.

### **Литература**

1. Кадурина Т.И. Наследственные коллагенопатии (клиника, диагностика, лечение и диспансеризация). – СПб.: «Невский Диалект», 2000. – 271 с.
2. Мірович Є.Д. Патогенетична профілактика та реабілітація при опущеннях та випаданнях внутрішніх статевих органів у жінок групи ризику: Дис. докт. мед. наук: 14.00.01. – Одеса, 2008. – 348 с.
3. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка / М. Энкин, М. Кейрс, Д. Нейлсон и др. – С-Пб.: Петрополис, 2003. – С.277-278.
4. Handa V.L., Pannu H.K., Siddique S., Gutman R., Van Rooyen J., Cundiff G. Architectural differences in the bony pelvis of women with and without pelvic floor disorders // *Obstet. Gynecol.* – 2003. - Vol. 102, № 6. – P. 1283-1290.
5. Fritel X., Pigne A. For or against episiotomy? Against episiotomy // *Gynecol. Obstet. Fertil.* – 2001. - Vol. 29, № 9. – P. 634-635.
6. Lede R., Belizan J.M., Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? // *Am.J. Obstet. Gynecol.* – 1996. – Vol. 174, № 3. – P. 1399-1402.
7. Meyer S., Hohlfield P., Achdari C., De Grandi P. Pelvic floor education after vaginal delivery // *Obstet. Gynecol.* – 2001. – Vol. 97, № 5, 1. – P. 673-677.
8. Schlomer G., Gross M., Meyer G. Effectiveness of liberal vs. conservative episiotomy in vaginal delivery with reference to preventing urinary and fecal incontinence: a systematic review // *Wien Med. Wochenschr.* – 2003. - Vol. 153, № 11-12. – P. 269-275.
9. Schlomer G. Can episiotomy prevent urinary and fecal incontinence? More facts, less fiction // *Pflege Z.* – 2004. - Vol. 57, № 1. - P. 14-16.
10. Smith D.B. Female pelvic floor health: a developmental review // *J. Wound Ostomy Continence Nurs.* – 2004. – Vol. 31, № 3. - P. 130-137.
11. Thacker S.B., Banta H.D. Benefits and risks of episiotomy // *Obstet. Gynecol Surv.* – 1983. – Vol.38, № 6. – P. 322-338.

### **THE PREVENTION OF PELVIC BOTTOM POSTPARTUM DEFICIENCY DEVELOPMENT IN PPOSTPARTUM WOMEN WHO BELONG TO A RISK GROUP**

Mirovich Y.D., Churilov A.V., Petrenko S.A., Egorova M.A., Noskova O.V.  
M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** With a view to studying episiotomy as a method of postpartum pelvic dysfunction prevention, the research of a functional state of pelvic bottom neuromuscular system was carried out. For this purpose two groups of postpartum women, who were at high risk of postpartum pelvic insufficiency on the 5th day of postpartum period as well as in 2 and 6 months, were set up. The main group of 34 women was made up of those who had episiotomy in the second stage of labor when the appearance of the fetal head began. The comparison group of 37 women had no episiotomy. The assessment of pelvic bottom neuromuscular system was carried out according to three indicators. They are: the sensitivity of the pelvic bottom muscles to electrical current, the maximum strength of spontaneous perineum contractions and the strength of pelvic

bottom muscles contractions when they are electrostimulated with a the current of 12 mA. It was established that the application of episiotomy as a method of prevention of postpartum pelvic dysfunction prevention to the women who are at high risk of pelvic bottom injury in childbirth leads to the reduction in relative risk of developing functional disorders by 26%. However, despite the episiotomy performed, an essential part of such women may still have a dysfunction of pelvic bottom. For such women a number of postpartum rehabilitation measures are strongly recommended.

**Key words:** postpartum pelvic insufficiency, episiotomy.

УДК: 618.3-022.6 – 06 - 085

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У ЖЕНЩИН В РАННИЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ

Тутов С.Н., Чурилов А.В., Друпп Ю.Г., Подоляка Д.В., Былым Г.В.  
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

**Резюме.** В работе отражены данные изучения терапевтической и профилактической эффективности трех недельного курса использования пробиотика Вагисан для восстановления индивидуального биоценоза влагалища у беременных женщин с бактериальным вагинозом. Исследования показали, что уже к концу курса применения у 76,3% беременных формируется нормоценоз влагалища, достигая максимальных цифр 81,6% и 80% соответственно во II и III триместрах беременности.

**Ключевые слова:** бактериальный дисбиоз, микрофлора влагалища, Вагисан.

Среди воспалительных заболеваний бактериального происхождения, возникающих во время беременности, значительное место занимают состояния, обусловленные нарушениями нормальной микрофлоры влагалищного биотопа, которые ведут к разнообразной патологии, в том числе и к преждевременным родам. А увеличивающаяся частота бактериальных вагинозов (БВ), урогенитальных кандидозов (УГК), неспецифических вагинитов (НВ) приводит к развитию дисбиоза влагалищного биотопа [1, 2, 3, 4].

Клиническое значение БВ и УГК определяется тем, что они увеличивают риск развития таких осложнений, как угроза прерывания беременности, самопроизвольный выкидыш, преждевременные роды, преждевременное отхождение околоплодных вод, хориоамнионит, внутриутробное инфицирование плода [2, 3].

Несмотря на значительные успехи в фармакологии и клинической микробиологии, вопросы лечения бактериальных дисбиозов в первом триместре беременности продолжают оставаться актуальными [2-5].

**Цель исследования:** изучить терапевтическую и профилактическую эффективности пребиотика Вагисан в восстановлении индивидуального биоценоза влагалища у беременных женщин с бактериальным вагинозом.

**Материалы и методы исследования.** Исследование выполнялось в два этапа. На первом этапе нами было проведено проспективное исследование 127 женщин, при взятии их на учет по беременности, по разработанному нами единому алгоритму, который включал: ретроспективный анализ репродуктивного здоровья женщин в прегравидарном периоде; ретроспективный анализ перенесенных женщинами бактериально-вирусных

инфекций влагалища в прегравидарном периоде; проведение тестов с бактериоскопической оценкой биоценоза влагалища при взятии женщины на учет по беременности; дифференциальная диагностика БВ, УГК. На втором этапе все женщины были разделены на две группы: I основная группа - 38 женщины, получавших лечение по разработанной нами схеме с применением пребиотика Вагисан, по одной капсуле два раза в сутки, в течение трех недель. II контрольная группа – 37 беременных женщин получавших лечение по традиционной схеме.

Статистическую обработку материала проводили с помощью программ «Microsoft Excel–2002» и «Biostat–1998». Достоверность различий оценивалась с помощью параметрических и непараметрических критериев статистики (описательная статистика, парный (t) и непарный критерии Стьюдента, Манна-Уитни, Уилкоксона, корреляционный метод).

**Результаты исследования и их обсуждение.** На первом этапе, в результате проведенного ретроспективного анализа амбулаторных карт 127 женщин ставших на учет по беременности выявлено, что за 6 – 12 месяцев до наступления настоящей беременности дисбиозом влагалища страдало 60% женщин: из которых бактериальный вагиноз был у 30,7%, кандидозный вагинит – у 12,6%, специфический вагинит – у 8,6% пациенток. Пациенток, впервые заболевших бактериальным вагинозом, было 24, что составило 62,1% от всех женщин с данным заболеванием, у остальных 15 (37,9%) женщин бактериальный вагиноз был рецидивирующим.

В результате лечения БВ в I-й группе беременных уже непосредственно после лечения значительно улучшились показатели биоценоза влагалища: которые характеризовались у 29 (76,3%) беременных как нормоценоз, у 9 (23,7%) – как промежуточный тип. Во II-ой группе - у 32 женщин по данным бактериоскопии мазка визуализировались единичные грамположительные палочки и пептострептококки, которые доминировали в поле зрения микроскопа. У 5 беременных лечение оказалось не эффективным: клинически и лабораторно выявлялись симптомы БВ. Во II триместре стойкий клинический эффект (нормоценоз влагалища) отмечен у 81,6% пациенток, применявших для лечения пребиотик, и у 46,9% - получавших лечение по традиционной схеме.

Ни у одной женщины из I-й группы в мазках не были обнаружены элементы грибов, но отмечен рецидив БВ 3 (7,9%), в то время как во II-й группе у 5 женщин клинически развился микотический вагинит, подтвержденный бактериоскопически и у 4 женщин возник рецидив БВ. В III триместре беременности в I-й группе женщин несколько снизился клинический эффект: нормоценоз отмечен у 80% и рецидив БВ 4 (11,4%). Во II группе количество беременных с нормоценозом снизилось до 30,4% и до 47,8% увеличилось число женщин с промежуточным типом биоценоза, у 3 (11,4%) беременных отмечен рецидив заболевания и у 2 (8,7%) выявлен кандидозный вагинит.

**Выводы.** В ранние сроки беременности ведущей причиной развития дисбиоза влагалища является гравидарный фактор в 48,1% случаев, рецидивирующие бактериальный вагиноз в 33,3% случаев и урогенитальный

кандидоз в 28,3% случаев в прегравидарном периоде. Альтернативным и оптимальным вариантом лечения бактериального вагиноза у беременных во I триместре может быть трех недельный курс терапии пробиотиком Вагисан, который уже к концу лечения у 76,3% беременных формирует нормоценоз влагалища, достигая максимальных цифр 81,6% и 80% соответственно во II и III триместрах беременности.

### **Литература**

1. Захарова, Т. В. Современные подходы к лечению бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. 2005. - № 1. - С. 40-42.

2. Калинкина О.Б. Снижение частоты осложнений беременности при восстановлении биоценоза влагалища у женщин с синдромом поликистозных яичников / Калинкина О.Б., Мельников В.А., Высоцких Т.С., Усова М.А., Калинкина Л.В. // Материалы первого регионального научного форума «Мать и дитя». - Казань, 2012. – С. 254-255.

3. Ковалев А.В., Хаджиева М.Х., Леденева Е.Н. Альтернативные методики лечения угрозы выкидыша в I триместре беременности // Вестник РУДН. 2009. - № 6. - С. 394-397.

4. Мельников В.А. Восстановление нарушенного микробиоценоза влагалища у беременных в I триместре беременности / Мельников В.А., Нурмухаметова Э.Т., Чернышова Е.А., Миронова Н.Г., Усова М.А. // Материалы I Международного семинара «Инфекции в акушерстве и гинекологии». – М., 2014. – С. 101-102.

5. Мельников В.А. Бактериальный вагиноз. Новый метод восстановления биотопа влагалища / Мельников В.А., Краснова Н.А., Семенова Н.А., Усова М.А., Тикина А.П., Чернышова Е.А. // Материалы республиканской научно-практической конференции «Инновационные технологии в охране репродуктивного здоровья женщины». - Екатеринбург, 2007. – С. 230-231.

### **NEW GOING NEAR TREATMENT OF BACTERIAL ВАГИНОЗА FOR WOMEN IN THE EARLY TERMS OF PREGNANCY**

Tutov S., Churilov A., Drupp Y., Podoljaka D., Bilim G.  
M. Gorky Donetsk National Medical University

**Summary.** These studies of therapeutic and prophylactic efficiency are in-process reflected three a week's course of the use of probiotic of Vagisan for renewal of individual biocenosis of vagina for expectant mothers with bacterial vaginosis. Researches showed that already by the end of course of application at 76,3% of pregnant formed normocenose vaginas, arriving at the maximal numbers of 81,6% and 80% accordingly in II and III trimesters of pregnancy.

**Keywords:** bacterial disbiose, microflora of vagina, Vagisan.

УДК 618.396-008:159.9+615.851

### **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЖЕНЩИН С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОТЕРЯМИ В АНАМНЕЗЕ**

Чурилов А.В., Носкова О.В., Литвинова Е.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака  
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии

**Резюме.** Самопроизвольные выкидыши, замершая беременность, привычное невынашивание, являются ведущими перинатальными потерями, приводящими к



психоэмоциональным изменениям, как на этапе потери, так и в будущем формируя у женщины и ее семьи фобии и комплексы. В период беременности женщина сталкивается с новыми адаптационными задачами, для разрешения которых требуется активная личностная перестройка.

**Ключевые слова:** беременность, перинатальные потери, привычное невынашивание, психоэмоциональное состояние, экзистенциальная потеря, фасилитация.

Понятие «репродуктивные потери» означает потерю продуктов зачатия на всех этапах развития плода - в результате самопроизвольного и вынужденного (по медицинским и социальным показаниям) прерывания беременности, мертворождения, а также смерть детей первого года жизни. По данным библиотеки Кокрейна, в настоящее время нет рандомизированных исследований, подтверждающих, что какая-либо специальная помощь матерям и членам их семей в такой ситуации способствует профилактике патологического переживания горя или отдаленной психосоциальной заболеваемости [3]. Однако есть множество описательных исследований, говорящих о преимуществах такого сопровождения. В стандарты медицинской помощи зарубежной практики сопровождения беременности, родов, осуществления интенсивной терапии и реанимации новорожденного уже более 15 лет включены разные формы эмпатической поддержки семей, переживающих перинатальную потерю. Экзистенциальная потеря, ассоциированная с перинатальной потерей, очень часто недооценивается, но можно сформулировать это следующим образом: «Когда умирает родитель, ты теряешь свое прошлое. Когда умирает твой ребенок, ты теряешь свое будущее»[7]. Потеря беременности превращает опыт самоутверждения в период опустошения. Практически все беременные подвержены резким эмоциональным перепадам, так как ожидание ребенка сопряжено с изменениями – как физическими, так и эмоциональными. Основным критерием психического здоровья считается способность человека разрешать трудные жизненные ситуации, сохраняя собственный психический статус. Беременность и роды являются чрезвычайно сильным эмоциональным фактором оказывающим огромное влияние на психосоматическое состояние здоровья женщин. Репродуктивные потери сопровождаются значительными физическими и психоэмоциональными изменениями, оказывающими большое влияние на качество жизни беременной женщины [1]. Стресс является неотъемлемой частью повседневной жизни человека, в зависимости от причин его вызывающих, сила, длительность и выраженность стрессовой реакции будет различной [2]. Как известно, женщины с высоким уровнем тревожности особо тяжело переживают нереализованность репродуктивных задач, что приводит к хронизации стресса, формируя нереализованную мотивацию материнства. В отношении последующих беременностей наличие в анамнезе перинатальных потерь является фактором риска не только в аспекте физического здоровья и качества вынашивания, но и в аспекте психического здоровья как матери, так и воспитания последующих рожденных детей. При последующей беременности женщины имеют тенденцию хронически

испытывать повышенную тревожность [4]. Состояние хронического стресса является существенным осложнением течения беременности и требует особого врачебного и психологического сопровождения [5]. Несмотря на то, что шансы благополучного вынашивания последующих беременностей, велики, если гибель плода не была обусловлена аномалиями развития, существует опасность рождения преждевременного и/или маловесного ребенка [6].

**Цель исследования:** изучить особенности психоэмоционального состояния беременных с перинатальными потерями.

**Материалы и методы.** В обследовании принимали участие 52 пациентки с привычным невынашиванием в возрасте от 26-36 лет, все пациентки были замужем и находились на стационарном лечении в отделении экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО и на базе отдела репродуктивной функции человека института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака в качестве контрольной группы обследованы 25 беременных женщин с физиологическим течением беременности. Для исследования психо-эмоционального фона беременных женщин использовались разработанные анкеты – опросники, проведено тестирование при помощи экспериментально-психологических методов - тест Спилберга – Ханина с оценкой личностной и реактивной тревожности, тест Бека, позволивший оценить уровень депрессии, все результаты исследования обработаны посредством программы « Statistira for windows – 6,0».

**Результаты.** При анализе профессиональной деятельности обследованных, больше 60% женщин были работающими, по сравнению с контрольной группой. 65% женщин имели высшее образование. Ориентация женщины на помощь в обеспечении и воспитании будущего ребенка достоверно было выявлено у  $32,5 \pm 3,6\%$  беременных основной группы, которые отметили достаточную психологическую поддержку со стороны мужа и других членов семьи. Стресс различной степени выраженности до беременности испытывали около  $67,5 \pm 2,64\%$  женщин с привычным невынашиванием, при этом превалировал хронический стресс. Данные изучения влияния социально-медицинских факторов и возникновения осложнений во время беременности у данной категории пациенток показали, что осложнения беременности тесно коррелирует ( $p < 0,1$ ) с перенесенными стрессами (хронический стресс), высшим образованием, степенью занятости в профессиональной деятельности (социальным статусом), и психологическим неблагополучием семьи (отсутствие психологической поддержки со стороны мужа и близких родственников). У женщин с привычным невынашиванием на всех этапах предшествующих появлению беременности и при появлении первых симптомов неблагополучия в течение данной беременности отмечается повышенная тревога и напряжение, усиление соматической фиксации, чрезмерные показатели реактивной и личностной тревожности, более частое появление признаков депрессивных черт. У беременных с перинатальными потерями при клинических проявлениях угрозы прерывания беременности (ноющие боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения), депрессивные

настроения становится доминирующими, с преобладанием высоких уровней личностной и реактивной тревожности (втрое больше чем в контрольной группе). Для этой категории женщин характерно формирование патологического состояния с преобладанием соматической фиксации и выраженной эмоциональной лабильностью. В контрольной группе беременные в основном, предъявляли жалобы, преимущественно связанные с физиологическими изменениями на фоне беременности. Наряду с этим возрастали показатели реактивной тревожности на фоне сниженной самооценки. В контрольной группе также возможно появление психологических нарушений, но они транзиторные и носят физиологический характер, обеспечивая адаптацию беременных в разные периоды гестации. Среди психо-эмоциональных и вегетососудистых проявлений у женщин основной группы преобладали эмоциональная лабильность (46%), тревожность (26,5%), и депрессивные проявления (23.5%). Также отмечалась повышенная акцентуация на неприятных соматических жалобах, эмоциональная напряженность, беспокойство с тенденцией интерпритации их, как симптомы угрожающие жизни плода. Все это свидетельствует о тревожном, напряженном психологическом состоянии с выраженными элементами соматической фиксации. По результатам теста Бэка, в основной группе средний бал составил  $23,68 \pm 0,74$ , что соответствует умеренной депрессии. Выраженный уровень депрессии выявлен у 35%. При исследовании реактивной и личностной тревожности в основной группе отмечен высокий их уровень, что свидетельствует в пользу постоянного действия стрессового фактора. Кроме того, отмечалось достоверное повышение как ситуативной так и личностной тревожности ( $46,2 \pm 2,3$  и  $41,8 \pm 2,6$ ) соответственно, что можно расценивать как эмоциональную реакцию на стрессовую ситуацию (повышенная нервозность, напряженность, общая обеспокоенность).

**Выводы.** У женщин с перинатальными потерями в анамнезе имеет место многолетняя психотравматическая ситуация, и факт беременности является весомым психоэмоциональным стрессом, определяющим развитие негативных переживаний: напряжения, повышенной нервозности, такие женщины чаще проявляют признаки депрессивных и астенических черт, по сравнению с контрольной группой. Комплексное психологическое обследование беременных позволило выявить наличие скрытой тревожности и напряженности, усиление соматических фиксаций, высокие показатели реактивной и личностной тревожности, частые проявления депрессивных и астенических черт. Доминирующими проявлениями в психоэмоциональном фоне у беременных женщин с привычным невынашиванием являются различные проявления депрессивных черт. Таким образом, понятна необходимость психологического сопровождения семей с перинатальными потерями для фасилитации полноценного нормативного проживания горя, а также для улучшения будущих перинатальных исходов.

### **Литература**

1. Жилка Н.Я. Соціально-економічні та медичні проблеми

репродуктивного здоров'я (літературний аналіз). //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.-2005. №4. С.25-29.

2. Добряков И.В. Перинатальная психология. /Спб:Питер,2010.с.272.

3. Chambers H.M., Chan F.Y. Support for women/families after perinatal death// Cochrane Review/ The Cochrane Library. Issue 1.- Oxford: Update Software, 1999.

4. Cote-Arsenault D., Bidlack D., Humm. Women`s emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss//MCN.-May-June, 2001. — V. 26/3.

5. Мальгина Г.Б. Стресс и беременность: перинатальные аспекты. — Екатеринбург: Чароид, 2002.

6. Heinonen S., Kirkinen P. Pregnancy outcome after previous stillbirth resulting from causes other than maternal conditions and fetal abnormalities// Birth.-March, 2000. — №27 (1).-P. 33–37.

7. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. Fetus and Newborn Committee// Canadian Paediatric Society (CPS): Paediatrics&Child Health.–2001.-№ 6 (71).-P. 469–477.

#### FEATURES OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF WOMEN WITH PERINATAL LOSSES IN ANAMNESIS

A.V.Churilov, O. V. Noskova, Litvinova, E.V.

V.K Husak Institute of Emergency and Reconstructive Surgery of Sciences of Ukraine

M. Gorky Donetsk national medical university

Department of Obstetrics and Gynecology

**Summary.** Spontaneous abortions, stopping beating pregnancy, usual unmaturing, are leading perinatal losses resulting in психоэмоциональным changes both on the stage of loss and in the future forming for a woman and her family of phobia and complexes. In the period of pregnancy a woman runs into new adaptation tasks, for permission of that active personality alteration is required. During pregnancy psychical prosperity is expressed in ability to the future mother it is adequate to show the behavior, regulate the mental conditions, adapting oneself to the terms a crisis

**Key words:** pregnancy, recurrent miscarriage, psycho-emotional state, and perinatal loss. existential loss, facilitation.

УДК 616.147.3-005.7-06:618.3-084-085

#### ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Чурилов А.В., Носкова О.В., Литвинова Е.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К Гусака

НАМН Украины

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Кафедра акушерства и гинекологии

**Резюме.** Варикозная болезнь вен нижних конечностей является наиболее распространенной сосудистой патологией. Около 20% мужчин и 40% женщин страдают различными формами данного заболевания. Слабость сосудистой стенки, компрессия нижней полой и позадочных вен растущей маткой, дегенеративно-дистрофические изменения коллагеновых и эластических волокон, снижение тонуса стенок вен и расширением их просвета, значительно увеличивает нагрузку на венозную систему нижних

конечностей и объясняют частое развитие этой патологии во время беременности.

**Ключевые слова:** хроническая венозная недостаточность, беременность, профилактика, лечение.

Хроническая венозная недостаточность (ХВН) — патологическое состояние, возникающее при органической и функциональной недостаточности поверхностных и глубоких вен, проявляющееся нарушением венозного оттока из нижних конечностей и приводящее к дезорганизации регионарной системы микроциркуляции [1]. По мнению ведущих специалистов в данной области, ХВН по праву называют «болезнью цивилизации» и что особенно важно — «болезнью с женским лицом» [2]. По данным разных авторов, ХВН встречается в популяции с частотой от 7 до 51 %, данная патология у женщин встречается чаще и составляет от 62,3 до 77% [3,4]. Основными этиологическими факторами развития ХВН во время беременности считают слабость сосудистой стенки, дисфункцию и повреждение эндотелия вен, повреждение венозных клапанов, нарушение микроциркуляции. Компрессия нижней полой и подвздошных вен растущей маткой приводит к увеличению давления в венах нижних конечностей. Рост концентрации прогестерона, начинающийся с первого триместра, стимулирует дегенеративно-дистрофические изменения коллагеновых и эластических волокон, приводя к снижению тонуса стенок вен и расширению их просвета. Увеличение объема циркулирующей крови на 20-30%, замедление кровотока в венах нижних конечностей с формированием тромботических масс значительно увеличивает нагрузку на венозную систему нижних конечностей. Клиническое проявление ХВН в виде варикозной болезни вен нижних конечностей и наружных половых органов, увеличивают риск тромботических осложнений и могут привести к летальному исходу для матери и плода.

**Цель работы:** изучить основные причины развития осложнений со стороны венозной системы, для подтверждения необходимости активной профилактики, диагностики и лечения венозных тромбоэмболических осложнений и хронических заболеваний вен нижних конечностей у беременных женщин.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДоКТМО и на базе отдела репродуктивной функции человека института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака с января 2015 по март 2016 года. Все беременные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 46 беременных с различными формами венозных тромбоэмболических осложнений, получавших лечение в условиях хирургических стационаров. Критерием включения в эту группу было наличие установленного диагноза острого венозного тромбоза на фоне беременности. 2-ю группу составили 146 беременных находившихся под соответствующим наблюдением акушеров—гинекологов и ангиохирургов. Всем беременным было проведено ультразвуковое дуплексное исследование вен нижних конечностей, для выявления органической или функциональной патологии. Структура

экстрагенитальной патологии включила в себя - ожирение, геморроидальную болезнь, хронический колит. Во время первичного осмотра определены факторы, способствующие развитию хронической венозной недостаточности – малоподвижный образ жизни, особое внимание уделили обнаружению изменений в свертывающей системе – коагулограмма. Всем беременным назначали постоянное ношение лечебного компрессионного трикотажа, в обязательном порядке низкомолекулярные гепарины – фраксипарин в дозе 0,4 мл., п/к, принимался диофлан (Dioflan, киевмедпрепарат ОАО Украина) в дозе по 1т. 2 раза в день в течение 10 дней, затем по 1т. 1 раз в день, с отменой за 2 недели до предполагаемого срока родов. Второй группе беременных, при отсутствии признаков ХВН при первичном осмотре, повторный осмотр проводили в сроке 30-32 недели, беременные получали рекомендации, коррегирующие образ жизни, всем назначалось ношение компрессионного трикотажа (2-й класс компрессии). Для коррекции выявленной ХВН, всем беременным назначали диофлан по 1т. 2 раза в день с третьего триместра.

**Результаты исследования.** Анализ наблюдение за 1-й группой беременных, показал, что венозные тромбоземболические осложнения, возникли в среднем при сроке беременности  $28,7 \pm 4,9$  нед. Средний возраст беременных составил  $35,4 \pm 3,5$  года. Более чем у 50% (26 женщин) выявлен осложненный акушерско-гинекологический анамнез. Искусственное прерывание беременности до 12 недель встречалось у 20 женщин (43%), у 12 женщин гестоз, хронические заболевания почек у 7 женщин. Избыточная масса тела обнаружена у 28 женщин. При проведении ультразвукового исследования венозной системы поражение глубоких вен отмечено у 14 пациенток. Во всех случаях тромбоз глубоких вен носил окклюзивный характер. У 26 женщин выявлены признаки тромботического поражения поверхностной венозной системы нижних конечностей, у 21 признаки тромбофлебита. Естественное родоразрешение произошло у 19 (41,4%) женщин, оперативное родоразрешение было произведено в 6 наблюдениях, при этом показанием к оперативному родоразрешению стал факт перенесенного венозного тромбоза. Во второй группе срок беременности при первичном обращении к ангиохирургу составил  $9,4 \pm 1,4$  недель. Средний возраст беременной составил  $30,2 \pm 2,8$  года. Во время первичного осмотра выявлена сопутствующая патология: артриты у 12, ожирение у 58, геморроидальная болезнь у 49, хронический колит у 18. У 2 беременных был подтвержден антифосфолипидный синдром, что потребовало помимо назначения стандартной терапии прием антикоагулянтов ацетилсалициловая кислота 100 мг. в сутки) в течение всего срока беременности. Отсутствие признаков ХВН при первичном осмотре зафиксировано только у 32 (21%) беременных. Из 117 беременных с ХЗВ 1-я беременность была у 28 женщин, вторая у 39. Две беременности и более в анамнезе были у 45 женщин. У 6 беременных при ультразвуковом исследовании выявлена посттромботическая болезнь. У 111 женщин обнаружены признаки варикозной болезни вен нижних конечностей. Контрольные осмотры ангиохирурга проводили каждый триместр

беременности с дополнительным УЗИ сосудов вен нижних конечностей, общим анализом крови и коагулограммой. В подавляющем большинстве случаев ухудшение состояния венозной гемодинамики не произошло. Появление относительной несостоятельности клапанов глубоких вен у 12 (8%), прогрессирование варикозной трансформации поверхностных вен у 26 (17,4%) беременных. У 22 беременных имело место появление варикозной трансформации вен наружных половых органов в бассейне наружной срамной вены. Назначаемый с третьего триместра беременности диофлан, показал прекрасную переносимость и безопасность при приеме беременными, что подтверждено данными многочисленных исследований [5,6]. Последний контрольный осмотр проводился в сроке 38 недель, где выбирался метод родоразрешения, ни у одной из обследуемых противопоказаний к естественному родоразрешению, связанных с венозной патологией не было. 12 женщин были родоразрешены путем операции кесарево сечение, показаниям к операции были центральное предлежание плаценты, 2 рубца на матке, ножное предлежание плода.

**Выводы.** Совместное наблюдение с ангиохирургами, позволило снизить развитие ВТЭО у беременных; предложенные лечебные действия помогают эффективно и безопасно купировать явления венозного тромбоза, а использование в клинической практике разработанных профилактических мероприятий позволяет исключить развитие венозных тромботических осложнений у беременных.

#### **Литература**

1. Золотухин И.А. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей / И.А. Золотухин // Медицинский вестник. — 2006. — №10. — С. 14 — 15.
2. Каралкин А.В. Патогенез и диагностика венозной недостаточности. Современный взгляд на проблему (лекция) / А.В. Каралкин, А.В. Альбицкий, А.Н. Кузнецов. // Терапевтический архив. — 2004. — № 10. — С.63-68.
3. Артымук Н.В. Варикозное расширение вен органов малого таза // Рос. вестн. акуш.-гинеколога.-2007.-№6.-С.74-77.
4. Буданов П.В., Асланова П.А. Современные возможности профилактики и лечения венозной недостаточности во время беременности // Гинекология.- 2009.-№6.-С.10-14.
5. Каткова Н.Ю., Панова Т.В., Ильина Л.Н. Опыт использования препарата Флебодиа 600 в лечении фетоплацентарной недостаточности у пациенток группы риска по внутриутробному инфицированию плода. Гинекология 2006;8:2, с.51-54.
6. Наурузова З.М., Новикова В.А., Корчагиан Е.Е., Федорович О.К. Влияние терапии хронической плацентарной недостаточности при развитии дискоординации родовой деятельности на состояние плода и новорожденного. //Рос. вестн. акушеров-гинекологов.- 2008.-№ 4.-С. 51-52.

FEATURES OF PROPHYLAXIS AND TREATMENT OF VENOUS  
ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ КОМПЛИКАЦИОНОВ И ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

## LOWER LIMBS FOR PREGNANT

A.V.Churilov, O. V.Noskova, E.V.Litvinova

V.K Husak Institute of Emergency and Reconstructive Surgery of Sciences of Ukraine

M. Gorky Donetsk national medical university

Department of Obstetrics and Gynecology

**Summary.** Varicose illness of veins of lower limbs is the most widespread vascular pathology. Near 20 % men and 40% women suffer the different forms of this disease. Weakness of vascular wall, compression lower поллой and повздошных veins by a growing uterus, degenerative-dystrophic changes of collagen and elastic fibres, with the decline of tone of walls of veins and expansion of their road clearance, considerably increases loading on the venous system of lower limbs and explain frequent development of this pathology in time.

**Key words:** chronic venous insufficiency, pregnancy, prophylaxis, treatment.

УДК 618.15-008.8+618.146-003.92

## ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У БОЛЬНЫХ С РУБЦОВОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ШЕЙКИ МАТКИ

Чурилов А.В., Петренко С.А., Минович Е.Д., Попандуполо А.Д., Носкова О.В.,

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К Гусака

НАМН Украины

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Кафедра акушерства и гинекологии

**Резюме.** В данной статье представлены особенности состояния микробиоценоза влагалища у больных с рубцовой деформацией шейки матки.

**Ключевые слова:** рубцовая деформация шейки матки, папилломовирусная инфекция, кольпоскопия.

В структуре гинекологической заболеваемости патология шейки матки занимает ведущее место и встречается у пациенток самых разных возрастных групп. Распространенность рубцовой деформации шейки матки у женщин репродуктивного возраста может достигать 70% [1]. Нарушение анатомической целостности с дальнейшим укорочением и изменением формы цервикального канала является доминирующим моментом в развитии патологических процессов шейки матки. Шейка матки, не выполняя барьерную функцию, создает благоприятные условия для воздействия инфекционных и других факторов. Инфекционные процессы гениталий играют ведущую роль в развитии фоновых и предраковых заболеваний шейки матки и способствуют изменению нормального микробиоценоза влагалища. Недооценка этих факторов приводит к хронической персистенции инфекции. Все это сказывается на эффективности выбранных консервативных и хирургических методов лечения данной патологии и приводит к развитию рецидивов, частота которых, по данным разных авторов достигает 40% [2,3,4].

**Цель работы:** оценить состояние микробиоценоза влагалища при рубцовой деформации шейки матки.

**Материалы и методы.** Проведено клинико-лабораторное исследование 86 пациенток с рубцовой деформацией шейки матки в возрасте от 25 до 40 лет, на базе отдела репродуктивной функции человека института неотложной и



восстановительной хирургии им. В.К.Гусака. Исследование включало в себя: цитологическое, бактериологическое, бактериоскопическое исследование вагинального отделяемого, ПЦР-диагностика, кольпоскопия. В дальнейшем всем пациенткам в качестве лечения планировалось проведение радиохирургического лечения.

**Результаты исследования.** Подавляющее большинство женщин в анамнезе имели роды ( $96,4\% \pm 3,9\%$ ) и аборт ( $71,8 \pm 4,7\%$ ), каждой второй женщине проводились неэффективные хирургические вмешательства на шейке матки, у 6 (6,9%) нерожавших пациенток, причиной деформации шейки матки были аборты. Среди ранее производившихся гинекологических операций подавляющее большинство ( $78,3 \pm 2,9\%$ ) составляли операции, оказывающие дополнительное травмирующее воздействие на шейку матки – гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание и т.д. У большинства обследованных выявлен сочетанный множественный характер старых разрывов шейки матки. В результате проведенного исследования *Chlamydia trachomatis* выявлены у 13 пациенток, что составило 15,1% *Trichomonas vaginalis*- 5 (5,8%), *Mycoplasma genitalis* у 11 (12,7%), *Papillomavirus hominis* – у 29 (33,7%), *Herpes simplex virus 1, 2* тип у 16 пациенток (18,6%), ЦМВ у 3 (3,4%), носительство грибов рода *Candida* выявлено у 9 (10,4%) пациентов. При изучении микрофлоры влагалищного отделяемого проведенного в группе пациенток преимущественно с вирусным поражением шейки матки (48 пациенток), сочетание ВПЧ и ВПГ отмечено в 10 (20,8%) случаях, ВПЧ и ЦМВ в 8 (16,6%) случаях. В результате бактериологического и бактериоскопического исследования содержимого в 52% случаях обнаружено резкое снижение или полное отсутствие лактобактерий. У 31 (36%) пациентки был установлен диагноз бактериальный вагиноз. Всем пациенткам была проведена расширенная кольпоскопия. Как известно, инфекционные заболевания влагалища и шейки матки, не имеют специфической кольпоскопической картины. В целом кольпоскопическая картина у 48 пациенток (55,8%) характеризовалась наличием диффузной гиперемии с множеством крупных пятен или точечных кровоизлияний и очаговых инфильтратов. в то время как при папилломовирусной инфекции обнаружено большое количество открытых протоков желез, такие изменения отмечены у 29 пациенток (33,7%), *ovula naboti* различных размеров, встретилось только у 9 (10,4%) пациенток.

**Выводы.** Проведенное исследование, подтверждает необходимость учета состояния микробиоценоза влагалища при рубцовых деформациях шейки матки, с целью определения дальнейшей тактики ведения и выбора эффективных методов лечения.

### Литература

1. Козуб Н.И. Первый опыт использования радиоволновой энергии при лечении гинекологических больных/ Н.И. Козуб, М.Н.Козуб // Международный медицинский журнал.-2010.-№2.-С.41-43.

2. Парфенова Г.В., Цуцор В.В., Цуцор В.Б. Новое в лечении фоновых заболеваний шейки матки // Материалы всесоюзной научно-практической

конференции «Медицинские технологии в охране здоровья женщины», - Екатеринбург, 2003.-С.108-109.

3. Прилепская В.Н., Фокина Т.А. «Фоновые заболевания шейки матки: патогенез, диагностика, лечение» //Акушерство и гинекология.-1990.-№6.-С.12-15.

4. Заболевания шейки матки, влагалища, вульвы. Клинические лекции. Под ред. В.Н.Прилепской.М: МЕДпресс 2008.-384.

#### FEATURES MICROBIOCEMOSIS VAGINA IN PATIENTS WITH CERVICAL SCAR DEFORMITY

A.V.Churilov, С.А. Petrenko, Mirovich E.D., A.D. Popandopulo, O. V.Noskova  
V.K Husak Institute of Emergency and Reconstructive Surgery of Sciences of Ukraine  
M. Gorky Donetsk national medical university  
Department of Obstetrics and Gynecology

**Summary.** This article presents the features of a state microbiocenosis vaginal scar in patients with cervical strain.

**Keywords:** scar cervical strain, papillomavirus infection, colposcopy.

УДК 618.11-089.87-06:618.17-009-055.8]+615.35

#### ОСОБЕННОСТИ ГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПОСТКАСТРАЦИОННОМ СИНДРОМЕ

Чурилов А.В., Петренко С.А., Попандуполо А.Д., Носкова О.В.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К Гусака Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Кафедра акушерства и гинекологии

**Резюме.** Изучены клинические проявления и факторы, приводящие к развитию ранних психоэмоциональных нарушений при посткастационном синдроме. Установлено, что определяющим в формировании психоэмоциональных нарушений является эндокринно-обменные и урогенитальный нарушения. Терапия психоэмоциональных нарушений должна проводиться с учетом факторов, приводящих к их развитию.

**Ключевые слова:** психоэмоциональные нарушения, посткастационный синдром.

Несмотря на преобладание идеологии органосохраняющих операций, как среди зарубежных, так и отечественных гинекологов, у женщин фертильного возраста, сохраняется достаточно высокий удельный вес овариоэктоми. Вынужденное хирургическое выключение функции яичников приводит к возникновению острого эстрогендефицитного состояния в организме женщин, проявляющемся развитием посткастрационного синдрома. Клиническая картина посткастрационного синдрома зависит от возраста пациенток, преморбидных особенностей личности, компенсаторных возможностей организма. Сочетанное влияния экологических факторов, хронического стресса на фоне постоянных военных действий, сама по себе хирургическая кастрация является серьезным психотравмирующим фактором для большинства пациенток. Возникающие при этом психоэмоциональные нарушения (ПЭН) можно рассматривать, как один из показателей, определяющих качество жизни.

Ранние проявления посткастрационного синдрома (ПКС) манифестируют спустя 2-3 недели после оперативного вмешательства, в ряде

случаев уже на 4-7 день и практически всегда требуют медикаментозной и психотерапевтической коррекции [1]. У значительного числа пациенток с ПКС (25-30%), ПЭН приобретают длительное и тяжелое течение [1,4]. Все проявления острого выпадения гормональной функции яичников подразделяются на 3 группы (табл.1).

Таблица 1. Клинические проявления посткастрационного синдрома

1 группа Ранние изменения	Вазомоторные	Приливы жара, повышенная потливость, головные боли, гипотония или гипертония, ознобы, сердцебиения.
	Эмоционально-психические	Раздражительность. Сонливость, слабость, беспокойство, депрессия, забывчивость, невнимательность, снижение либидо.
2 группа Средневременные изменения	Урогенитальные	Сухость во влагалище, боль при половом акте, зуд и жжение, уретральный синдром (учащенное мочеиспускание)
	Кожа и придатки	Сухость, ломкость ногтей, морщины, сухость и выпадение волос.
3 группа Поздние нарушения	Поздние обменные нарушения	Остеопороз. Сердечно-сосудистые заболевания.

Работами ряда авторов отмечена достаточно большая частота данных нарушений - от 52 до 80% [1,2,3,4]. Вопросу психоэмоциональных и психовегетативных расстройств в раннем периоде ПКС, согласно анализу литературных источников, уделяется недостаточно внимания. Недооценка этого приводит к формированию личностной, семейной и социальной дезадаптации.

**Цель работы:** изучение ранних психо-эмоциональных расстройств у женщин с хирургической менопаузой на фоне проводимой гормональной терапии.

**Материалы и методы.** Обследовано 50 пациенток с психо-вегетативными расстройствами. Средний возраст больных составил  $49,28 \pm 0,31$ . В 1 группу вошли 23 женщины с ранними проявлениями ПКС, получавшие гормональную коррекцию фемостеном, 2-ю группу составили 27 женщин с ранними проявлениями ПКС, не получающие гормональную коррекцию. Всем пациенткам проведены клинко-лабораторные обследования общепринятыми методами, оценка гормонального профиля включала исследование гормонов в крови (ФСГ, ЛГ, пролактин и эстрадиол) через 7 дней и через 3 месяца после операции. Исследование психоэмоционального статуса состояло из клинического наблюдения, оценки степени выраженности симптомов депрессии по шкале А.Бека (1961). Оценку эмоционально-личностных особенностей изучали с помощью тестов Ч.Д.Спилберга (1970) в модификации Ю.Л.Ханина (1976) [5], позволяющих оценить реактивную (ситуационную) тревожность пациента в момент исследования, а также личностную тревожность как стойкую характеристику человека (до 30 баллов – низкая тревожность, 31 – 45 баллов – умеренная тревожность, выше 46 баллов – высокая тревожность) [6]. Для статистической обработки результатов и

сохранения информации использовали программу Excel 2002 для MS-Windows XP.

**Результаты исследования.** При анализе факторов, вызывающих развитие ранних ПЭН у обследованных пациенток установлено, что возникновение, выраженность и характер психоэмоциональных расстройств во многом определяется возрастом больных, преморбидными особенностями личности, характером компенсаторных реакция организма, состоянием гормонального баланса, и наличием адекватной гормональной коррекции.

Клинические проявления ранних ПЭН в 1-й группе, протекали в виде раздражительности у 19 (82,6 %) женщин, головной боли у 19 (82,6 %), эмоциональной лабильности у 13 (56,5 %) пациенток, нарушениями сна у 16 (72 %), плаксивостью у 23 (69,5 %), повышенной утомляемостью у 17 (73,9 %) женщин, ослаблением памяти у 16 (69,5%) и снижение либидо у 16 (64%) пациенток. Во второй группе раздражительность встречалась у 19 женщин (70,3%), головная боль у 19 (70,3%), эмоциональная лабильность у 12 (44,4 %) пациенток, нарушения сна у 16 (59,2 %), плаксивость у 21 (77,7 %), повышенной утомляемостью у 24 (78,8 %) женщин, ослаблением памяти у 17 (62,9%) и снижение либидо у 13 (48,1%) больных. Длительно существующий болевой синдром оказывал негативное влияние на психоэмоциональное состояние женщин, вызывая ощущение тревоги, раздражительности, угнетенного настроения.

Анализ гормонального статуса показал, что уже с 7 суток послеоперационного периода содержание ЛГ и ФСГ составило  $26,2 \pm 1,8$  МЕ/л, что почти в 3 и 9 раз соответственно выше нормальных показателей для женщин данных возрастных категорий. Концентрация эстрадиола после операции снижалась в 3,7 раз, начиная с 7 суток, по сравнению с исходными показателями. Результаты клинико-психологического тестирования пациенток 1-й группы, по тестам Спилберга выявили низкую тревожность у 4 пациенток (17,3 %) - 24,9 балла, умеренную у 14 (60,8 %) больных (35,9 балла) и высокую тревожность у 5 (21,7 %) женщин (51,8 балла). Депрессивные нарушения по шкале Бека выявлены также у всех обследованных пациенток, депрессивные расстройства легкой степени тяжести обнаружены у 6 (26,6 %) женщин (23,2 балла), средней степени у 13 (56,5 %) больных (25,7 балла) и тяжелые депрессивные нарушения у 4 (17,3 %) пациенток (34,4 балла). Клинико-психологическое тестирование пациенток 2-й группы, по тестам Спилберга выявили низкую тревожность у 5 пациенток (18,5 %) - 24,9 балла, умеренную у 18 (66,6 %) больных (35,9 балла) и высокую тревожность у 4 (14,8 %) женщин (51,8 балла). По шкале Бека депрессивные расстройства легкой степени тяжести обнаружены у 6 (22,2 %) женщин (23,2 балла), средней степени у 19 (70,3 %) больных (25,7 балла) и тяжелые депрессивные нарушения у 2 (7,4 %) пациенток (34,4 балла).

Все пациентки 1-й группы получали фемостон (17В –эстрадиол 2 мг+ дидрогестерон 10 мг). Проведенная оценка клинической эффективности фемостона у 23 пациенток позволила отметить, что данный препарат хорошо

купирует вегетоневротические проявления уже с первых дней лечения, психоэмоциональные нарушения, связанные с ПКС уменьшились в 3 раза. В течение первых трех месяцев у пациенток отсутствовали такие жалобы, как плаксивость, бессонница, уменьшилась выраженность депрессии, изменились жизненные интересы, улучшилась адаптация в быту. При оценке эффективности применения фемостона отмечено, что эффект составил около 82 %, У пациенток контрольной группы, не получавших гормональной коррекции, эффективность симптоматической терапии составил лишь 23,6%. При изучении гормонального статуса на фоне проводимой терапии фемостоном, уровень эстрадиола через 3 месяца приема соответствовал концентрации гормонов у женщин репродуктивного возраста в ранней стадии пролиферации менструального цикла. При анализе динамики уровней гонадотропных гормонов (ФСГ и ЛГ) отмечено значительное их снижение до  $5,6 \pm 1,0$  МЕ/л и  $3,6 \pm 0,789$  МЕ/л, а уровень эстрадиола через 1 месяц после приема соответствовал  $1,89 \pm 0,04$  нмоль/л. В то время, как у 16 из 27 пациенток контрольной группы, стойкие изменения гормонального фона, говорившие об угасании функции яичников, были выявлены через 1 месяц после операции.

Клинико-психологического тестирование, произведенное после лечения, свидетельствовало об улучшении показателей по тестам Спилберга и шкале Бека. Количество пациенток с умеренной тревожностью сократилось до 7 (30,4 %), с высокой тревожностью до 2 (8,6%). Количество женщин с депрессивными расстройствами средней тяжести сократилось до 6 (26 %). Тяжелых депрессивных нарушений после повторного тестирования не выявлено. В то время как во второй группе пациенток, не получавших гормональную коррекцию, по тестам Спилберга, незначительно сократилось количество пациенток с умеренной тревожностью до 15 (55,5%) и низкой тревожностью до 3 (11,1%), а пациентки с высокой тревожностью осталась на прежнем уровне, по шкале Бека количество женщин с депрессивными расстройствами не изменилось.

**Выводы.** ПЭН являются одним из ведущих клинических синдромов раннего периода ПКС. Генез этих нарушений имеет различные патогенетические механизмы, что является определяющим моментом в выработке тактики ведения этой категории больных. С одной стороны имеет место психотравмирующее воздействие оперативного вмешательства, «выключение» циклической функции яичников с последующим нарушением гипоталамо-гипофизарно-гонадных взаимоотношений на фоне постоянно существующей угрозы военного времени. Терапия указанных нарушений должна учитывать патогенетические механизмы формирования ПЭН а именно - возраст больных, преморбидные особенности личности, характер компенсаторных реакций организма, состояние гормонального баланса, и наличие адекватной гормональной коррекции, что детерминирует эффективность проводимого лечения.

### **Литература**

1. Алиханова З.М. Патофизиология системных изменений у женщин

репродуктивного возраста после тотальной овариоэктомии / *Акушерство и гинекология*. – 1996. – N1. – С.

2. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И., Фролова О.Г. Здоровье и качество жизни женщин после тотальной и субтотальной гистерэктомии / *Акушерство и гинекология*. – 1999. – N2. – С.31-4.

3. Vanwesenbeeck I., Vennix P., van de Wiel H. / “Menopausal symptoms”: associations with menopausal status and psychosocial factors // *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* – 2001. – V.22, № 3. – P.149-158.

4. Сушевич Л.В., Краснова И.А., Лактионова О.Е., Кравчук О.С. и др. Заместительная гормонотерапия после тотальной овариоэктомии // *Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов*.-2000.-№ 2.-С. 55-57.

5. Белова А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии. – М., 2004. – 432 с.

#### FEATURES HORMONAL CORRECTION PSYCHOVEGETATIVE DISTURBANCES AT POST-COSTRATION SYNDROME

A.V.Churilov, С.А. Petrenko, A.D. Popandopulo, O. V.Noskova

V.K Husak Institute of Emergency and Reconstructive Surgery of Sciences of Ukraine

M. Gorky Donetsk national medical university

Department of Obstetrics and Gynecology

**Summary.** The clinical manifestations and the factors are leading to the development of early psycho-emotional disorders in post-castration syndrom. It was found that the determining factor in the formation of psycho-emotional disorders is an endocrine-metabolic and urogenital disorders. Therapy psycho-emotional disorders should take into account factors that lead to their development.

**Keywords:** psycho-emotional disorders, post-castration syndrome.

## ТЕРАПИЯ

УДК 616.155.194.8:616.12-005.4]-053.9

### ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ФОНЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Ванханен Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** Коррекция железodefицитной анемии препаратами железа у лиц пожилого возраста повышает эффективность стандартного лечения ишемической болезни сердца, стенокардии. На фоне повышения железа сыворотки крови на 98,9% и увеличения концентрации гемоглобина на 19,2%, уменьшилась выраженность синдрома стенокардии (уменьшилось число приступов за сутки на 80,7%, а потребность в нитроглицерине - на 82,8%), на 27,3% снизилась частота сердечных сокращений, в 4,6 раза уменьшилось количество желудочковых экстрасистол, фракция выброса левого желудочка увеличилась на 23,3 %, толерантность к физической нагрузке увеличилась на 76,8%. Это привело к улучшению качества жизни на 31,6% и улучшает прогноз.

**Ключевые слова:** железodefицитная анемия, ишемическая болезнь сердца, пожилой возраст.

**Введение.** Согласно определению Всемирной Организации здравоохра-

нения мужчины, у которых гемоглобин (Hb) не превышает 130 г/л, и женщины с Hb менее 120 г/л страдают анемией. Анемия является одним из наиболее частых заболеваний и отмечается у 25% населения при этом около 80% всех анемий составляет железодефицитная анемия (ЖДА) [2]. При этом дефицит железа (Fe) имеют до 1/3 населения Земного шара и особенно часто пожилые лица [4]. Этиология ЖДА связана с тремя основными причинами: скрытая или явная потеря крови и прежде всего из желудочно-кишечного тракта, снижение кишечной абсорбции Fe, недостаточное потребление или повышенная потребность. Лица пожилого возраста относятся к группе риска по развитию ЖДА, у них чаще отмечается нарушение всасывания и микрокровоотечения в результате мальабсорбции, дивертикулеза и полипоза, дегенеративных изменений сосудов слизистых оболочек, ишемического колита и др. Нередко отмечается алиментарный недостаток Fe (молочно-растительная пища); ахлоргидрия, употребление антисекреторных препаратов в связи с болью в эпигастрии, приводящие к снижению всасывания Fe; кровопотери из ротовой полости из-за проблем с зубными протезами. Анемия среди людей пожилого возраста неоднократно интерпретировалась как нормальное явление, связанное со старением организма. На самом деле это не совсем так. У большинства здоровых пожилых людей Hb и гематокрит остаются в пределах нормы. У 80% пожилых людей, страдающих анемией, удается установить ее причину. Анемия часто встречается у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и нередко характеризуется как их пятый фактор риска. Нарушение кислород-транспортной функции крови способствует развитию и прогрессированию ишемической болезни сердца (ИБС) [1,5]. Наличие анемии повышает риск смертности при заболеваниях сердца. 10-20% пациентов с ИБС и примерно каждый третий пациент с застойной сердечной недостаточностью страдают анемией [2]. Причина анемии при ССЗ не до конца ясна. Игрет роль дефицит Fe, сопутствующее хроническое заболевание почек, сниженная продукция эритропоэтина, гемодилюция, индуцированные аспирином явные и скрытые гастроинтестинальные потери крови, прием блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (подавление секреции эритропоэтина и блокирование его роли на уровне костного мозга), цитокин-опосредованное воспаление (анемия хронического заболевания), мальабсорбция с последующим развитием недостаточности питания. Требуется дальнейшая разработка лечебных подходов [6,7]. У госпитализированных пациентов с ИБС и тяжелой анемией (Hb ниже 70-80 г/л) эффективна трансфузия эритроцитов крови в ограниченных объемах [1, 3, 6]. При ИБС и сердечной недостаточности в сочетании с мягкой и умеренной анемией не рекомендуются препараты эритропоэтина (занимают важное место в лечении анемии хронических заболеваний), поскольку вред от побочных эффектов (гипертензия и венозный тромбоз) превышает пользу от их применения [6,7].

**Цель исследования.** Изучить влияние лечения препаратами Fe на течение ИБС в сочетании с ЖДА у лиц пожилого возраста.

**Материалы и методы.** Обследовано 24 пациента (16 мужчин и 8

женщин, у которых менопауза отмечалась более 6 лет) в возрасте 60-73 года (средний возраст  $68 \pm 4,5$  лет) с ИБС, стенокардией напряжения II-III функционального класса (Классификация канадского Кардиологического общества), постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с ЖДА легкой и средней степени тяжести. Не включали пациентов с онкопроцессами, перенесших острое кровотечение, обострением эрозивно-язвенного заболевания желудочнокишечного тракта, хронической почечной недостаточностью, тяжелой печеночной, застойной сердечной недостаточностью, первичным заболеванием крови. Терапия ИБС включала биспролол 5-10 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут, вальсартан 40-80 мг/сут, изосорбид динитрат (кардикет) по 20 мг 2 р/день, нитроглицерин по требованию для купирования приступов стенокардии. На этом фоне для коррекции анемии назначался препарат Fe (III) гидроксид полимальтозный комплекс (Maltofer, производитель Takeda, жевательная таблетка, содержащая 100 мг трехвалентного железа) 100 мг 2 раза в сутки во время еды с соблюдением диеты. Структура препарата мальтофер (М) схожа с естественным соединением Fe — ферритином. Благодаря такому сходству Fe (III) поступает из кишечника в кровь путем активного всасывания и не имеет прооксидантных свойств, присущих простым солям Fe. Ориентировочно рассчитать курсовую дозу (КД, мг) препарата Fe можно по формуле:  $КД = M \times (H_{v1} - H_{v2}) \times 0,24 + D$ , где M — масса тела, кг;  $H_{v1}$  — нормативный уровень гемоглобина для массы тела более 35 кг — 150 г/л,  $H_{v2}$  — уровень гемоглобина у пациента, г/л, D — расчетное значение депо железа для массы тела более 35 кг — 500 мг. Проводилось изучение динамики клинических проявлений сидеропенического, анемического и стенокардитического синдромов, проводился общий анализ крови с подсчетом также количества ретикулоцитов, тромбоцитов; определяли гематокрит (Ht), Fe сыворотки крови (Fe СК), ферритин крови. Регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях, тест с 6-минутной ходьбой: количество метров, пройденное без болей или дискомфорта за грудиной, ультразвуковое исследование сердца в В- и доплер- режимах. Исследования проводились до назначения М и на 21-й день лечения, на 7-й день определяли ретикулоциты крови. У 7 (29,2%) пациентов было проведено Холтеровское мониторирование ЭКГ в течение 24 часов. Оценка качества жизни пациента проводилась с помощью Европейского опросника EQ-5D. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета программ STATISTICA 6.1, корреляционного анализа по Спирмену, статистические различия оценивали непараметрическим критерием Вилкоксона.

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст пациентов составил  $68 \pm 4,5$  лет. Стенокардия II ФК наблюдалась у 17,6 % пациентов, а III ФК — у 82,4 %, длительность ИБС  $7,4 \pm 2,6$  лет. Общепринятой классификации ЖДА не существует. В зависимости от уровня Hb выделяют три степени тяжести ЖДА: I (легкая) — Hb не ниже 100 г/л, II (средняя) — Hb от 80 до 99,9 г/л, III (тяжелая) — Hb ниже 80 г/л с циркуляторными нарушениями и тканевой гипоксией. ЖДА легкой степени отмечалась у 87,4% пациентов, средней степени тяжести у



12,6%. Уровень Нв колебался от 86 г/л до 110 г/л, средний  $94,47 \pm 3,1$  г/л. У всех пациентов ферритин сыворотки крови был снижен и составлял  $9,1 \pm 1,6$  мкг/л. Снижение уровня ферритина в сыворотке является наиболее чувствительным и специфическим лабораторным признаком дефицита Fe. Определение концентрации ферритина важно для дифференциальной диагностики ЖДА и анемии хронических заболеваний (вторая по частоте встречаемости у пожилых пациентов), сопровождающих инфекционные, ревматические и опухолевые заболевания. При этом происходит перераспределение Fe с накоплением в клетках макрофагальной системы, перенос Fe от ферритина к трансферрину нарушается, что приводит к снижению его уровня в сыворотке крови. Повышение ферритина кроме гематоматоза отмечается при инфекционно-воспалительных, ряде онкологических, заболеваниях печени, лейкозе. Определение СРБ позволяет исключить воспалительный синдром. Анализ кала на скрытую кровь у всех пациентов был отрицательный, но имели место диафрагмальная грыжа – 1 пациент, хронический гастродуоденит – 8 пациентов, дивертикулы толстого кишечника – 1 пациент, хронический геморрой – 5 пациентов.

К концу недели значительно уменьшились и исчезли (у 92% пациентов) к концу исследования такие клинические проявления сидеропении как мышечная слабость, ангулярный стоматит, жжение языка, извращения вкуса и обоняния, значительно улучшился аппетит; значительно уменьшилась общая слабость, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Побочные эффекты от приема М не зафиксированы.

На 7-й день лечения М содержание ретикулоцитов увеличилось в 5,9 раза (с  $0,52 \pm 0,2\%$  до  $3,07 \pm 0,9\%$ ), что доказывает адекватность проводимой терапии (в основе снижения эритропоеза лежит дефицит Fe и суточная доза препарата адекватна). На фоне комплексного лечения с включением М содержание Fe в сыворотке крови увеличилось на 98,9% (с  $6,19 \pm 1,8$  до  $12,31 \pm 1,5$  мкмоль/л,  $p < 0,01$ ), Нв увеличился с  $94,47 \pm 3,1$  г/л (до назначения М) до  $112,65 \pm 3,9$  г/л (после лечения), т.е. на 19,2% ( $p < 0,01$ ). Улучшение гематологических показателей сопровождалось уменьшением выраженности синдрома стенокардии. Число приступов стенокардии за сутки сократилось на 80,7% (с  $8,3 \pm 2,7$  до  $1,6 \pm 1,3$ ;  $p < 0,001$ ), а потребность в дополнительном приеме нитроглицерина уменьшилась на 82,8% (с  $6,4 \pm 1,8$  таблеток в сутки до  $1,1 \pm 0,9$ ;  $p < 0,001$ ). 22,6% пациентов после лечения М не нуждались в дополнительном приеме нитроглицерина. На фоне лечения М на 27,3% снизилась частота сердечных сокращений (с  $108,6 \pm 7,1$  до  $78,9 \pm 8,3$ ,  $p < 0,05$ ). Количество желудочковых экстрасистол по данным ХМ ЭКГ уменьшилось в 4,6 раза (с  $1813,9 \pm 202,3$  до  $391,6 \pm 96,4$ ). Улучшилась инотропная функция сердца - фракция выброса левого желудочка увеличилась на 23,3 % (с  $46,3 \pm 4,6$  до  $54,7 \pm 3,9$ ,  $p < 0,01$ ). На 21,7% уменьшилась диастолическая дисфункция сердца ( $p < 0,01$ ), которую определяли на основе пиковых скоростей трансмитрального кровотока в фазу раннего и позднего наполнения. Толерантность к физической нагрузке согласно тесту с 6-минутной ходьбой увеличилась на 76,8% (с  $216,5 \pm 29,6$  м до  $382,8 \pm 31,2$

м;  $p < 0,001$ ) и находится в прямой зависимости от уровня Fe СК ( $r= 0,64$ ) и Hb ( $r= 0,59$ ),  $p < 0,01$ . Качество жизни пациентов улучшилось на 31,6%.

**Выводы.** Коррекция анемии препаратами железа у лиц пожилого возраста, страдающих ИБС в сочетании с ЖДА уменьшает проявления синдрома стенокардии, эктопическую активность миокарда, повышает толерантность к физической нагрузке, что приводит к улучшению качества жизни и улучшает прогноз.

### Литература

1. Ишемическая болезнь сердца и анемия / А.А. Кириченко, Г.П. Гришин, Н.О. Шаталова [и др.] // «РМЖ» Кардиология. – 2015. – №5. – С. 30-42.
2. Ceska R. Anaemia and iron deficiency in clinical practice: from cardiology to gastroenterology and beyond / R. Ceska // Vnitr. Lek. – 2014. – Vol. 60, No. 12. – P. 1033-1039.
3. Conservative versus liberal red cell transfusion in acute myocardial infarction (the CRIT Randomized Pilot Study) / H. A. Cooper, S. V. Rao, M. D. Greenberg [et al] // Am J Cardiol. – 2011. – Vol. 108. – P. 1108-1111.
4. Iron deficiency and cardiovascular disease / S. Haehling, E. A. Jankowska, D. J. Veldhuisen [et al] // Nat. Rev. Cardiol. – 2015. – 12(11). – P. 659-669.
5. Is anemia a new cardiovascular risk factor? / G. Kaiafa, I. Kanellos, C. Savopoulos [et al] // Int. J. Cardiol. – 2015. – Vol. 186. – P. 117-224.
6. Treatment of Anemia in Patients With Heart Disease: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians / A. Qaseem, L. Humphrey, N. Fitterman [et al] // Ann. of Int. Medicine. – 2013. – Vol. 159, No. 11. – P. 770-782.
7. Treatment of Anemia in Patients With Heart Disease: A Systematic Review / D. Kansagara, E. Dyer, H. Englander [et al] // Ann. of Int. Medicine. – 2013. – Vol. 159, No. 11. – P. 746-764.

### IRON DEFICIENCY ANEMIA IN THE ELDERLY WITH CORONARY HEART DISEASE

Vankhanen N.V.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** Correction of iron deficiency anemia with iron supplementation in the elderly increases the effectiveness of the standard treatment of coronary heart disease, angina. Against the background of increasing serum iron and hemoglobin concentration by 98.9% and 19.2% accordingly, the severity of angina syndrome decreased (the number of attacks per day and nitroglycerine consumption decreased by 80.7% and 82.8% accordingly), heart rate decreased by 27.3%, the number of ventricular extrasystoles decreased to 4.6 times, left ventricular ejection fraction increased by 23.3%, exercise capacity increased by 76.8%. This led to an improvement in the quality of life by 31.6%, and improves the prognosis.

**Key words:** iron deficiency anemia, ischemic heart disease, elderly age.

УДК 615.276.015.15

### НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ

Галаева Я.Ю., Евтушенко И.С., Коньшева Н.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** На основании принципов хронофармакотерапии препарат назначается в разных дозах на протяжении суток в зависимости от фаз биоритмов, чувствительности к

нему, что позволяет создать более благоприятные условия для действия лекарств, оптимизировать терапию, улучшить ее переносимость и безопасность.

**Ключевые слова:** хронофармакотерапия, противовоспалительные средства, хронофизиология

Хронофармакотерапия – относительно молодая наука, являющаяся частью хрономедицины. Развитие хрономедицины было обусловлено необходимостью улучшения диагностики, профилактики и лечения патологических состояний у людей на основе данных, свидетельствующих о временной зависимости чувствительности организма, его систем и тканей к внешним, в том числе фармакологическим воздействиям. С помощью использования хронобиологических параметров (биоритмов) возможно достижение максимальной эффективности лечения при минимальных побочных эффектах. В соответствии с принципами хронофармакотерапии препарат назначается в разных дозах на протяжении суток в зависимости от фаз биоритмов, чувствительности к нему, что позволяет создать более благоприятные условия для действия лекарств, оптимизировать терапию, улучшить ее переносимость и безопасность.

В настоящее время в человеческом организме обнаружено более 500 биоритмов на различных структурных уровнях: клеточном, тканевом, органном, организменном. [1,2]

Биоритмы характеризуются широким диапазоном периодов — от миллисекунды до нескольких лет. В связи с этим различают низко-, средне- и высокочастотные биоритмы [3]. Ведущее место среди биоритмов занимают циркадианные (лат. *circa* — около, *dies* — день) — суточный ритм с периодом около 24 ч., обусловленный функцией почек, а также синтеза АДГ, альдостерона, белка и гликогена.

Хронофармакотерапия включает следующие методологические приемы: превентивные, имитационные, метод «навязывания ритма» и учета хроночувствительности заинтересованных систем (функций) к фармакологическим веществам [4].

Имитационный метод основывается на установленных закономерностях изменений концентрации определенных веществ в крови и тканях в соответствии с характерным для здорового индивидуума биоритмом. Этот метод успешно используется при терапии различными гормональными препаратами. В основе превентивного метода лежит представление о том, что максимальная эффективность лекарственных препаратов совпадает с акрофазой (временем максимального значения) показателей. Последнее основано на законе J. Wilder, согласно которому та или иная функция тем слабее стимулируется и легче угнетается, чем исходно она сильнее активирована. Оптимизация сроков введения лекарств основывается на расчете времени, необходимом для создания максимальной концентрации препарата в крови ко времени развития определенного события. Превентивные схемы прекрасно зарекомендовали себя при лечении различных заболеваний (заболевания соединительной ткани, артериальная гипертензия) [5,6,7].

На основании сведений о суточном ритме продукции провоспалительных и противовоспалительных гормонов в организме можно предположить, что нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) оказывают более выраженный эффект во вторую половину дня и вечером. В клинических наблюдениях показано, что если при ревматоидном артрите акрофаза температуры тела отмечается в интервале от 12:00 до 18:00 часов, а боли наиболее выражены вечером, то индометацин, согласно превентивной схеме хронотерапии, рекомендуется назначать в 12:00 часов. Если боли возникают ночью, то препарат следует применять в 19:00 часов. Однократное назначение нестероидных противовоспалительных средств (ибупрофена) детям за 1-2 часа до акрофазы трансамидиназ способствует повышению их эффективности и значительному уменьшению побочных реакций [8,9,10].

Необходимо обратить внимание на эффективность фармакотерапии НПВС с учетом суточных биоритмов: у пациентов с болями, усиливающимися утром, желательно применять НПВС один раз в день — вечером, а у больных с суставными болями, нарастающими в течение дня или вечером - утром или в полдень. С учетом хронофармакокинетики, прием НПВС за два часа до максимальной интенсивности боли, позволяет повысить эффективность обезболивания вдвое.

Кроме того, в ночное время значительно смягчаются побочные эффекты НПВП — раздражение желудка, головная боль и тревожность. Временная зависимость была установлена для побочного действия индометацина ретард - оно значительно уменьшалось при приеме препарата в вечернее время.

В эксперименте была установлена зависимость эффективности ряда НПВС от сезонных биоритмов. НПВС (индометацина, вольтарена, пироксикама и бутадiona) наиболее эффективны в весенне-летний период и менее активны в осенне-зимний. Поэтому наиболее длительное применение НПВС для достижения лечебного эффекта необходимо зимой и осенью, самое короткое — весной и летом. В зимний период для эффективности противовоспалительной терапии длительно назначаются стандартные дозы НПВС с постепенным их уменьшением. Весной целесообразно применение НПВС коротким курсом (до достижения эффекта) и быстрое снижение дозы до минимальной.

Классическим примером хронофармакотерапии является применение глюкокортикоидов. Препараты коры надпочечников часто назначаются в высоких, нефизиологических дозах. Этим объясняется большое количество побочных действий у больных, которые длительно применяют эти препараты. Чтобы избежать возможной опасности нежелательного действия глюкокортикоидов, рекомендуется применение их с учетом хронофизиологии гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой вертикали. При исследовании суточного ритма деятельности коры надпочечников установлено, что максимальная экскреция кортизола с мочой определяется в утренние часы (6 часов), относительная стабилизация — к полудню и выраженное уменьшение — в вечернее и ночное время. Минералокортикоиды в основном синтезируются вечером и ночью. С учетом этих особенностей, для оптимизации

эффективности и безопасности глюкокортикоидной терапии 70-80% суточной дозы их назначают в 7—8 часов, а остальную часть дозы — около 14—15 часов. Это касается как субституционного лечения, так и длительной терапии большими дозами [9,10].

При заместительной терапии в рамках хронофармакотерапии глюкокортикоиды назначаются в утренние часы (в 6:00–7:00). Таким образом имитируется суточный ритм синтеза кортизола и учитывается время наибольшей потребности в нем организма. При аутоиммунных заболеваниях в зависимости от степени активности воспалительного процесса и типа реакции коры надпочечников глюкокортикоиды применяются в утренние и предобеденные часы: в 7:00, 10:00, 13:00, если определяется дисфункция коры надпочечников (уменьшение секреции кортизола при нормальном образовании минералокортикоидов). Обычная схема приема суточной дозы преднизолона - 2/3 в утренние часы. В некоторых случаях время приема преднизолона удлиняется до 17:00 и даже 19:00 часов. Такое назначение препарата рекомендуется при выраженных проявлениях гиперальдостеронизма (тип реакции коры надпочечников, характерный для дискортицизма: уменьшение секреции кортизола при значительном усилении образования минералокортикоидов). Дискортицизм коры надпочечников определяется в основном при нефротическом синдроме. В этих случаях необходимо не только устранение дефицита кортизола в утренние часы, но и подавление воспалительной реакции в организме, обусловленной накоплением минералокортикоидов. В этом случае уменьшение суточной дозы при достижении клинического эффекта проводится в вечерние часы, по 5 мг 1 раз в 5–7 дней.

Однако достижения в области хронофармакотерапии в силу ряда объективных и субъективных причин медленно внедряются в лечебную практику. Как правило, врачи назначают лекарственные препараты без учета суточного ритма. Использование хронофармакологических принципов фармакотерапии позволит усовершенствовать принцип индивидуальной, эффективной и безопасной лекарственной терапии конкретного больного.

### **Литература**

1. Смирнов К.М. Общие вопросы учения о биологических ритмах. //Биоритмы и труд. - Л.: Наука, 1980. - с. 6-20.
2. Суточные ритмы физиологических процессов организма (сб. статей). / Под ред. В.А. Таболина, В.Н. Доброхотова. - М.: МОЛГМИ, 1972.- 131 с.)
3. Вельтищев Ю.Е., Юрьева Э.А., Алексеева Н.В., Бобылева Е.А. Перспективы хронофармакотерапии у детей с заболеваниями почек. // М Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Тез. докл. - М., 1995.- с. 303.)
4. Заславская Р.М. «Хронофармакология и хронотерапия». Ф.И. Комаров, С.И. Рапопорт «Хронобиология и хрономедицина». — М.: Триада-Х-2000. — С. 197–210
5. Halberg F. Haus E., Cardoso S.S. et al. Toward a chronotherapy of neoplasia: tolerance of treatment depends upon host rhythms. //TExperientia. -1973. -Vol. 29, - №8. - p. 909-1044.
6. Reinberg A. Advances in human chronopharmacology. //Chronobiologia. -1976.-

Vol. 3, №2.-p. 151-156.

7. Reinberg A. Clinical chronopharmacology. All experimental basis for chronotherapy //Biol. rhythms and med. cellulare. - London, 1983. - Vol. 4. -p. 211-264.

8. Выяснение рациональных условий режима введения лекарственных препаратов /С.М. Дроговоз, А.В. Кононенко, М.П. Тимофеев//Клінічна фармація:20 років в Україні: матеріали Нац. Конгресу, 2013.-Харків.- С. 327

9. Дроговоз С.М., Біоритми нервової діяльності і фармакокорекція їх порушень/С.М. Дроговоз, А.В. Кононенко //Фармакологія та лікарська токсикологія. - 2013.-№1.-С.14-18

10. Хронофармакологія наглядно.: Справочник/Дроговоз С.М., Рапопорт С.И., Кононенко А.В., Матвеева Е.В., Тимофеев М.П., Дмитренко С.В., Бухтиярова И.П.- Харьков: Титул.-2014.- 128 с.

#### SPECIAL CHRONOPHARMACOLOGY OF ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

Galayeva Y.Y., Evtushenko I.S., Konysheva N.V.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** On the basis of the principles of chronopharmacology drug is given in different doses throughout the day depending on the phase of biological rhythms, sensitivity to it that allows you to create more favorable conditions for the action of drugs, to optimize therapy, improve its tolerability and safety.

**Key words:** chronopharmacology, anti-inflammatory agents, chronophysiology.

УДК 579.62+615.33

#### К МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКРООРГАНИЗМОВ К АНТИБИОТИКАМ

Жадинский Н.В., Жадинский А.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** С целью создания идентичных условий исследований по определению чувствительности микроорганизмов к антибиотикам «методом дисков» и получения сравнимых результатов разработан способ приготовления агаровых пластин, обеспечивающий одинаковую высоту слоя агара и его горизонтальность.

**Ключевые слова:** микроорганизмы, чувствительность к антибиотикам

Определение чувствительности к антибиотикам выделенных от больных микроорганизмов занимает важное место в рациональном назначении этих препаратов с терапевтической целью. В бактериологических лабораториях широко применяется метод диффузии в агар с применением стандартных индикаторных дисков.

Суть метода состоит в том, что на мясо-пептонный агар, разлитый в чашки Петри, делают высеv «газоном» изучаемой культуры микробов. На засеянную поверхность среды укладывают диски, пропитанные антибиотиками. Чашки выдерживают в термостате и затем учитывают результат опыта путем измерения диаметра зон задержки роста микробов, образовавшихся вокруг дисков с антибиотиками. Результаты исследования зависят от высоты слоя.

Существует способ подготовки агаровых пластин, по которому берут определенное количество расплавленного агара и выливают в чашки Петри. Агар застывает, образуя пластину [1].

Однако этот способ имеет следующие недостатки: если чашка во время разлива находится не на строго горизонтальной поверхности, то образующаяся после застывания агаровая пластинка имеет неодинаковую высоту в различных участках; при использовании одинаковых количеств агара образующаяся агаровая пластинка может иметь различную высоту в целом за счет несовпадения размеров различных чашек Петри, используемых для изготовления пластин.

Известен также способ, заключающийся в том, что берут большое количество чашек, помещают в специальное устройство, в котором самая нижняя чашка размещается на стационарной подставке, обеспечивающей горизонтальное положение чашки. По мере того, как нижняя чашка заполняется агаром и отходит по горизонтали, стопка чашек опускается, и следующая чашка устанавливается на подставке. В каждую чашку заливается одинаковое количество агара [2].

Данное устройство обеспечивает горизонтальное положение чашек. Недостатки заключаются в том, что используемое устройство предназначено для промышленного производства и не может быть применено в условиях лаборатории, и способ не может быть использован для получения агаровых пластин одинаковой высоты, независимо от размеров чашек, поскольку он основан на использовании одинакового количества расплавленного агара. Все это не позволяет создать стандартные условия при постановке опытов и не обеспечивает возможность сопоставления получаемых результатов.

В работе была поставлена **задача** создать идентичные условия исследований посредством обеспечения постоянной высоты слоя агара и его горизонтальности.

Задача решена благодаря тому, что в чашке Петри перед заливкой агара устанавливают кольцо постоянной высоты из ферромагнитного материала, имеющего сечение в виде прямоугольного треугольника, а чашку Петри размещают на подставке, снабженной постоянным магнитом и обладающей положительной плавучестью, после чего подставку с чашками Петри помещают на поверхность жидкости.

На чертеже изображено устройство, реализующее предлагаемый способ (Рис. 1).

Устанавливают подставку 1 на поверхности 2 жидкости. Берут чашку 3 Петри, размещают ее на подставке 1, которая снабжена постоянным магнитом 4. Устанавливают кольцо 5 из ферромагнитного материала в чашку 3 Петри. При этом кольцо 5, притягиваясь к постоянному магниту 4 подставки 1, плотно прижимается ко дну чашки 3 Петри. Диаметр кольца 5 должен быть меньше диаметра чашки 3 Петри с тем, чтобы между стенками 6 чашки 3 Петри и кольцом 5 образовалось пространство 7. Расплавленный агар заливают внутрь кольца 5. Агар заполняет пространство, окруженное кольцом 5, избыток агара переливается через кольцо 5 и собирается в пространстве 7. За счет того, что кольцо 5 имеет сечение в виде прямоугольного треугольника, роль поверхностного натяжения расплавленного агара, на границе с верхним краем

кольца, сводится к минимуму, агар свободно переливается через кольцо 5 и не образуется мениск.

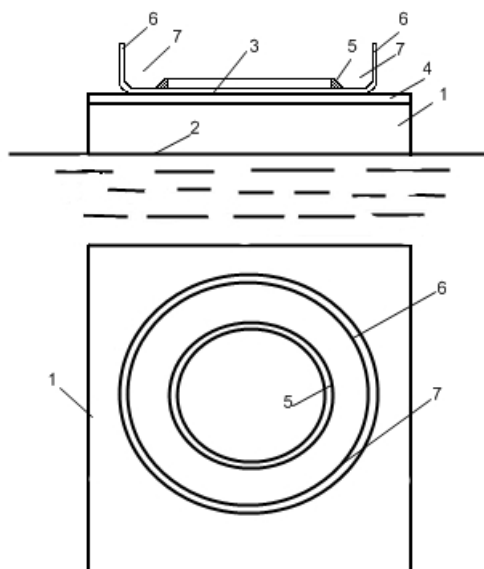


Рис. 1. Способ приготовления агаровых пластин

Подставка 1 обладает плавучестью и удерживается на поверхности 2 жидкости, которая всегда принимает строго горизонтальное положение, в результате чего и слой агара, находящийся внутри кольца 5, застывает в строго горизонтальном положении и имеет постоянную высоту во всех участках.

Выполнили исследование. Взяли 2 чашки Петри, одну с диаметром 8 см, другую с диаметром 10 см, и разместили их на подставке, находящейся на поверхности жидкости. В каждую из чашек установили кольцо. Внутри колец залили расплавленный агар (без меры, но с избытком).

После того, как агар застыл, произвели контрольные замеры. Оказалось, что высота агаровых пластин в обеих чашках во всех точках одинакова и составляет 4,2 мм.

Преимущество предлагаемого способа перед известными состоит в том, что при выполнении необходимых определений создаются стандартные условия за счет постоянной высоты агаровых пластин во всех участках и на различных чашках, что обеспечивает возможность сопоставления получаемых результатов.

Кроме того, использование колец с различным диаметром позволяет экономить питательную среду (агар), когда по условиям опыта не требуется большая поверхность агаровой пластины.

#### **Литература**

1. Поляк М.С. Лабораторное обеспечение антибиотикотерапии. СПб, 2012. <http://mspolyak.narod.ru> (дата просмотра 28.03.2016)
2. Заявка ФРГ №2906462,1979.



## TO THE TECHNIQUE OF THE MICROORGANISMS' ANTIBIOTIC SENSITIVITY TESTING

Zhadinskiy N.V., Zhadinskiy A.N.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** To provide the identical testing conditions for the microorganisms' antibiotic sensitivity detection using "disc method", a novel technique of agar-agar plates preparation has been developed. The technique allows to make precisely even and horizontal agarous layers thus ensuring the comparable test results.

**Key words:** microorganisms, antibiotic sensitivity.

УДК: 616.124.2-008.826:616.12-008.331.1]- 073.97

## ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (обзор литературы)

Здиховская И.И., Христуленко А.Л., Стуликова Е.Л., Мальцева Н.В.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Резюме.** В статье рассмотрены основные вопросы патогенеза, прогностической значимости и диагностики гипертрофии левого желудочка сердца при артериальной гипертензии.

**Ключевые слова:** Артериальная гипертензия, гипертрофия левого желудочка, электрокардиография.

Артериальная гипертензия (АГ) является одной из серьезнейших медицинских проблем, что обусловлено ее широкой распространенностью, высоким риском тяжелых поражений жизненно-важных органов, приводящих к нарушению трудоспособности, снижению качества жизни пациентов и высокой смертности. АГ считается ведущим фактором риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), сердечной недостаточности, инсультов, почечной недостаточности и атеросклеротических поражений периферических артерий [1].

Важнейшими факторами процесса прогрессирования АГ, ассоциирующимися с повышенным риском кардиоваскулярных осложнений (КВО) и летальности, сегодня рассматриваются бессимптомные поражения органов – мишеней, особое место среди которых отводится гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) [2, 18, 30].

ГЛЖ или увеличение мышечной массы левого желудочка (ЛЖ), которая первоначально представляет полезный компенсаторный процесс, отражающий адаптацию к увеличению напряжения стенок ЛЖ. При ГЛЖ, обусловленной АГ, нарушается кардиальная архитектоника – происходит непропорциональная аккумуляция матриксного белка и фибробластов относительно числа кардиомиоцитов и их размеров [34].

Развитие ГЛЖ у больных с АГ связывают с участием многочисленных факторов, действие которых осуществляется в различных комбинациях, что затрудняет реальную оценку роли каждого из них.

Ведущую роль в развитии ГЛЖ при АГ отводят гемодинамическим факторам, представленным перегрузкой ЛЖ давлением и/или объемом. Различные клинические ситуации (возраст больных, пол, уровни АГ, ее

продолжительность и адекватность коррекции, уровни протеинурии, наличие отека синдрома, а также почечной недостаточности и ее тяжести) определяют удельный вес перегрузки давлением или объемом, а следовательно, определяют вариант ГЛЖ. При этом выявляется отчетливая связь частоты развития ГЛЖ и ее тяжести с особенностями АГ (т.е. ее уровни, коррекция лекарственными препаратами, суточный ритм АГ и, в частности, реакция АД на физические и психоэмоциональные перегрузки, а также степень снижения АД в ночное время) [29].

Одним из основных механизмов, приводящих к перегрузке ЛЖ давлением, является повышение жесткости стенок аорты и крупных артерий. В результате уменьшения растяжимости стенок аорты и снижения их демпфирующих свойств нарушается взаимоотношение между постоянным и пульсовым компонентами АД, в результате чего для поддержания стабильной перфузии на периферии требуется увеличение уровней систолического и пульсового АД. Другим важным гемодинамическим фактором патогенеза ГЛЖ, нередко сочетающаяся с его перегрузкой давлением, является перегрузка ЛЖ объемом, вследствие увеличения объема циркулирующей плазмы в результате задержки натрия и воды, что нередко связано с избыточным потреблением поваренной соли [14].

Многочисленные исследования посвящены изучению молекулярных механизмов, обуславливающих развитие гипертрофического ответа миокарда на персистирующую гемодинамическую перегрузку. Эти механизмы представляются как ряд взаимосвязанных каскадных молекулярных изменений, затрагивающих структуры миокардиального матрикса, клеточной мембраны (рецепторы, трансмембранный транспорт) и внутриклеточные структуры (саркоплазматический ретикулум, рибосомы, ядро) миокардиоцитов и миокардиальных фибробластов.

Катехоламины и ангиотензин II (АТII) рассматриваются как одни из ведущих стимулов гипертрофического ответа в миокарде при его гемодинамической перегрузке [7]. АТII проявляет своё действие через два типа рецепторов, характеризующихся высокой аффинностью. Через рецепторы 1 типа проявляется большинство физиологических эффектов АТII на сердце: положительный инотропный и хронотропный эффекты, осуществляется пресинаптическое высвобождение норадреналина из кардиальных симпатических нервных окончаний, вазоконстрикция коронарных артерий, стимуляция освобождения альдостерона, гипертрофия кардиомиоцитов и интерстициальный фиброз. Стимуляция рецепторов АТII 2 типа оказывает антипролиферативное и антифибротическое действие, противостоит росту, стимулируемому активацией рецепторов 1 типа. Таким образом, АТII оказывает существенное влияние на развитие и регрессию ГЛЖ посредством стимуляции рецепторов 1 и 2 типов независимо от уровней АД и других факторов.

Гипертрофический процесс в миокарде затрагивает все его компоненты, в т.ч. кардиомиоциты, интрамуральные коронарные артерии и интерстиций,

нарушая их нормальное взаимодействие и сбалансированное равновесие.

Перестройка коллагенового матрикса, являющаяся существенным компонентом изменений миокарда при ГЛЖ, включает накопление коллагена в интерстиции и периваскулярно, что ведет к развитию интерстициального фиброза миокарда.

Согласно современным отечественным и зарубежным рекомендациям по ведению пациентов с АГ, выявление ГЛЖ у больных с АГ позволяет относить их в группу высокого сердечно-сосудистого риска. В многочисленных контролируемых рандомизированных исследованиях (КРИ) продемонстрировано, что ГЛЖ, устанавливаемая по стандартной электрокардиограмме (ЭКГ) или при эхокардиографии (ЭхоКГ), является проявлением субклинического повреждения органов-мишеней, связанного с АГ, а так же мощным предиктором КВО и летальности [15, 24, 28].

Идентификация различных геометрических вариантов ГЛЖ улучшает стратификацию кардиоваскулярного риска. Наличие концентрической, эксцентрической ГЛЖ или концентрического ремоделирования ЛЖ прогнозирует увеличение кардиоваскулярного риска, однако в качестве наиболее значимого прогностического фактора, рассматривается концентрическая гипертрофия ЛЖ [21].

В недавно опубликованном метаанализе рандомизированных сравнительных исследований эффективности различных антигипертензивных режимов было показано, что регрессирование признаков ГЛЖ, по данным ЭКГ или ЭхоКГ, наблюдалось под воздействием длительной эффективной антигипертензивной терапии, приводящей к различным благотворным эффектам на функцию левого желудочка, состояние миокарда, коронарный резерв и нарушения ритма, что результировалось в улучшение кардиоваскулярного прогноза [17, 31].

В многоцентровом исследовании более 11000 пациентов с АГ без сахарного диабета было показано, что повседневный контроль систолического артериального давления (САД) ниже 130 мм рт.ст. по сравнению с таковым ниже 140 мм рт.ст. уменьшал риск появления ЭКГ признаков ГЛЖ и развития КВО (11,4% и 5,4% против 17,0% и 9,4%, соответственно) в течение 2 лет [33].

В свете приведенных выше данных, представляется аргументированной точка зрения, что идентификация ГЛЖ является важной как в стратификации кардиоваскулярного риска, так и в выборе лечебных подходов [10].

Современные методики, позволяющие установить наличие ГЛЖ включают ЭКГ, одномерную и двухмерную ЭхоКГ, рентгенографию грудной клетки, компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ) и, недавно вошедшую в практику, трехмерную ЭхоКГ [10].

ЭКГ наиболее широко распространенный, недорогой, простой в исполнении метод диагностики ГЛЖ, позволяющий выявить другие прогноз-негативные факторы, такие, как перегрузка ЛЖ, ишемические изменения, нарушения проводимости и ритма. ГЛЖ может проявляться на ЭКГ увеличением вольтажа и продолжительности QRS, отклонением электрической

оси, изменениями сегмента ST, зубцов T и P. Со времени первых исследований начала 20 века (W. Einthoven и T. Lewis), устанавливавших наличие ГЛЖ измерением вольтажа QRS (амплитуда зубцов R и S в I и III стандартном отведении), использование клинических и патологоанатомических сопоставлений привело к появлению многочисленных вольтажных и невольтажных критериев диагностики ГЛЖ на ЭКГ. Так, American Heart Association/ American College Cardiology Foundation/ Heart Rhythm Society (2009) представили более 35 ЭКГ критериев диагностики ГЛЖ, базирующихся на вольтаже зубцов отведений от конечностей, вольтаже грудных отведений, комбинации вольтажа грудных отведений и отведений от конечностей, комбинации вольтажных и невольтажных критериев, специфических критериях для пациентов с наличием блокады передней ветви левой ножки или правой ножки пучка Гиса [4]. Характеристику некоторых из них мы сочли необходимым привести в таблице 1.

Однако использование такого количества критериев имеет ограничения в повседневной клинической практике. Более того, чувствительность ряда ЭКГ критериев ГЛЖ ограничена, что подтверждено исследованиями в которых для выявления ГЛЖ наряду с ЭКГ использовались ЭхоКГ и/или КТ и/или МРТ. Так в системном обзоре 21 исследования были сопоставлены 6 ЭКГ критериев ГЛЖ с данными ЭхоКГ у пациентов с АГ. По чувствительности ЭКГ критерии были ранжированы с 10,5% для Gubner index до 21% для Sokolov-Lyon index, а по специфичности – с 89% для Sokolov-Lyon index до 99% для Romhilt-Estes score. Многочисленные факторы, кроме ГЛЖ, оказывали влияние на амплитуду QRS и негативно влияли на диагностику ГЛЖ. Они включали возраст, пол, расу, комплекцию пациента [3].

Влияние возраста пациентов на чувствительность ЭКГ критериев ГЛЖ продемонстрировано в исследовании корреляции ЭхоКГ и ЭКГ критериев ГЛЖ у 570 больных среднего и 507 пациентов пожилого возраста. У более молодых пациентов вольтажный индекс Cornell показал более высокую чувствительность по сравнению с более старшей возрастной группой, в то же время для вольтажного индекса Sokolov-Lyon наблюдалась обратная зависимость. Однако при индексировании ММЛЖ на площадь поверхности тела возраст-зависимая разница между индексами теряла статистическую достоверность [11].

Пол пациентов так же оказывает влияние на возможности ЭКГ диагностики ГЛЖ, что связано как с конституциональными различиями, так и компенсаторным ответом ЛЖ на нагрузку давлением. Так, например вольтаж QRS у пожилых женщин ниже чем у мужчин, независимо от массы тела и ММЛЖ. В исследовании LIFE показано, что при увеличении ММЛЖ, ГЛЖ на ЭКГ с использованием Cornell product чаще выявлялась у женщин, в то время, как Sokolov-Lyon index чаще имел диагностическое значение у мужчин [6].

Ожирение в большинстве случаев ассоциируется со снижением вольтажа QRS в связи с увеличением расстояния между сердцем и электродами на грудной стенке.

Таблица 1. Характеристика ЭКГ критериев ГЛЖ

Критерий	Описание	Значение
<b>Вольтажные критерии</b>		
Sokolov-Lyon index	$S (v1) + \max R (v5/v6)$	$\geq 3.5 \text{ mV}$
Cornell index	$R (aVL) + S (v3)$	$m \geq 2.8 \text{ mV};$ $ж \geq 2.0 \text{ mV}$
Сумма QRS в 12 отведениях	Сумма R и S (или Q) в 12 отведениях	$m > 19530 \text{ mV};$ $ж > 18499 \text{ mV}$
Gubner index (Gubner - Ungerleider)	$R (I) + S (III)$	$> 2.5 \text{ mV}$
Lewis	$(R (I) + S (III)) - (R (III) + S (I))$	$> 1.7 \text{ mV}$
R v6/v5	Амплитуда R в v6 или в v5	$> 1.0 \text{ mV}$
R aVL	Амплитуда R в aVL	$> 1.1 \text{ mV}$
Daflo	$R (aVL) + S (v3)$	$m > 16 \text{ mV};$ $ж > 14 \text{ mV}$
<b>Критерии, учитывающие вольтаж и продолжительность QRS</b>		
Sokolov-Lyon product	$(S (v1) + \max R (v5/v6)) \times$ продолжительность QRS	$m > 367.4 \text{ mV. ms};$ $ж > 322.4 \text{ mV.ms}$
Cornell product	$m (R (aVL) + S (v3)) \times$ продолжительность QRS $ж ((R (aVL) + S (v3)) + 0.6) \times$ продолжительность QRS	$> 244 \text{ mV}$
Сумма QRS в 12 отведениях product	Сумма R и S (или Q) в 12 отведениях $\times$ продолжительность QRS	$m > 1957.9 \text{ mV. ms};$ $ж > 1683.8 \text{ mV.ms}$
Gubner - Ungerleider product	$R (I) + S (III) \times$ продолжительность QRS	$> 207 \text{ mV.ms}$
R aVL product	Амплитуда R в aVL $\times$ продолжительность QRS	$> 103 \text{ mV.ms}$
<b>Собирательные критерии (шкалы)</b>		
Romhilt-Estes score	R / S in I, II, III, aVR, aVL/aVF – 3 балла S in v1,v2 – 3 балла R in v5,v6 – 3 балла Дискордантный ST без дигиталиса – 3 балла Дискордантный ST с дигиталисом – 1 балл Отклонение ЭОС $\geq 30$ гр. – 2 балла продолжительность QRS $\geq 90 \text{ ms}$ – 1 балл время внутреннего отклонения v5,v6 $\geq 50 \text{ ms}$ – 1 балл	Сумма 5 и более баллов

Ожирение по-разному влияет на диагностическую значимость ЭКГ критериев ГЛЖ. При обследовании 852 гипертоников без ожирения в сравнении с 352 больными с ожирением была установлена низкая чувствительность критериев Sokolov-Lyon, Romhilt-Estes score и нарушений

реполяризации на ЭКГ для диагностики ГЛЖ при ожирении. В то время, как вольтажный индекс Cornell, Cornell product, Perugia score и высота зубца R в aVL имели одинаковую диагностическую значимость в обеих группах [9].

Интерес представляют недавно опубликованные данные проспективного исследования, в котором изучалась связь высоты зубца R в отведении aVL с величиной ММЛЖ и их влияние на прогноз у больных с АГ. Было показано, что этот ЭКГ критерий позволяет прогнозировать КВО, даже в отсутствие на ЭКГ других признаков ГЛЖ (риск выше на 9 % на каждые 0,1 мВ увеличения зубца R) [33]. В другом исследовании при сравнении диагностической и прогностической значимости различных ЭКГ критериев (Sokolov-Lyon index, Cornell product, амплитуда R в отведении aVL) у 958 пациентов с АГ, авторами были установлены корреляционные связи каждого из изучавшихся критериев с величиной ММЛЖ, однако измерение амплитуды зубца R в отведении aVL было лучшим предиктором развития КВО [12].

В то же время авторы другого исследования 2564 пациентов показали низкую диагностическую (в отношении ГЛЖ) значимость таких показателей, как Sokolov-Lyon index, Cornell index, Cornell product. Авторы делают вывод, что использование комбинации нескольких ЭКГ критериев позволит улучшить диагностику ГЛЖ [27]. Следует отметить, однако, что в данном исследовании не использовались ЭхоКГ данные пациентов, в связи с чем оценить чувствительность того или иного ЭКГ критерия не представляется возможным.

Таким образом, сегодня присутствуют некоторые расхождения между данными ЭхоКГ и ЭКГ в диагностике ГЛЖ, однако следует подчеркнуть, что ЭКГ не является методом определения ММЛЖ, а отражает электрические свойства миокарда, ассоциирующиеся с гипертрофическими процессами в ЛЖ. Необходимо отметить также, что увеличение кардиоваскулярного риска доказано для ГЛЖ, установленной как при помощи ЭхоКГ, так и с использованием ЭКГ. Оба метода могут быть использованы в стратификации сердечно-сосудистого риска у пациентов с АГ [10].

### **Литература**

1. Дядык А.И. Артериальные гипертензии в современной клинической практике / А. И. Дядык, А. Э. Багрий. – Донецк : Норд-Пресс, 2006. – 322 с.
2. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії / Є. П. Свіщенко, А. Е. Багрий, Л. М. Єна [ та ін. ] // Артеріальна гіпертензія. – 2009. – № 1 (3). – С. 38-76.
3. Accuracy of electrocardiography in diagnosis of left ventricular hypertrophy in arterial hypertension: systematic review / D. Pewsner, P. Juni, M. Egger [et al.] // BMJ. – 2007. – Vol. 335, № 5. – P. 771-775.
4. AHA/ACCF/HRS recommendations for the standardization and interpretation of the electrocardiogram. Part V: electrocardiogram changes associated with chamber hypertrophy a scientific statement from the American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee, Council on Clinical Cardiology; the American College of Cardiology Foundation; and the Heart Rhythm Society / F. W. Hancock, B. J. Deal, D. M. Mirvis [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2009. – Vol. 53, № 6. – P. 992-1002.
5. Atrial natriuretic peptide behaviour and myocyte hypertrophic profile in combined pressure and volume-induced cardiac hypertrophy / S. Cavallero, G. E. Gonzalez, A. M. Puyo [et al.] // J. Hypertens. – 2007. – Vol. 25, № 9. – P. 1940-1950.

6. Baseline characteristics in relation to electrocardiographic left ventricular hypertrophy in hypertensive patients: the LIFE reduction in hypertension study / P. M. Okin, R.B. Devereux, S. Jern [et al.] // *Hypertens* – 2000. – Vol. 36, № 6. – P. 766-773.
7. Buikema H. Essential hypertension and left ventricular hypertrophy in cardiovascular disease: beyond overactivity of the rennin-angiotensin-aldosterone-sodium system / H. Buikema // *J. Hypertens.* – 2003. – Vol. 21, № 2. – P. 265-267.
8. Clinical significance of left ventricular hypertrophy and changes in left ventricular mass in high-risk hypertensive patients: a subanalysis of the Candesartan Antihypertensive Survival Evaluation in Japan trial / S. Yasuno, K. Ueshima, K. Oba [et al.] // *J. Hypertens.* – 2009. – Vol. 27, № 10. – P. 1705–1712.
9. Correlation of electrocardiographic left ventricular hypertrophy criteria with left ventricular mass by echocardiogram in obese hypertensive patients / W. de Costa, A. R. P. Riera, F. de Assis Costa [et al.] // *J. Electrocardiol.* – 2008. – Vol. 41, № 5. – P. 724-729.
10. Cuspidi C. Electrocardiographic diagnosis of left-ventricular hypertrophy: good news for the clinician? / C. Cuspidi, G. Grassi // *J. Hypertens.* – 2012. – Vol. 30, № 5. – P. 884-886.
11. Distinct role of electrocardiographic criteria in echocardiographic diagnosis of left ventricular hypertrophy according to age, in the general population: the Ikaria Study / D. Tsiachris, C. Chrysohoou, E Oikonomu [et al.] // *J. Hypertens* – 2011. – Vol. 29, № 8. – P. 1624-1632.
12. ECG detection of left ventricular hypertrophy: the simpler, the better? / P. Gosse, E. Jan, P. Coulon [et al.] // *J. Hypertens.* – 2012. – Vol. 30, № 5. – P. 990-996.
13. Effects of growth hormone and insulin-like growth factor-1 on cardiac hypertrophy of hypertensive patients / G. Sesti, A. Sciacqua, A. Scozzafava [et al.] // *J. Hypertens.* – 2007. – Vol. 25, № 2. – P. 471-478.
14. High sodium intake modulates left ventricular mass in patients with G expression of +1675 G/A angiotensin II receptor type 2 gene / C. Ott, S. I. Titze, T. K. Schwartz [et al.] // *J. Hypertens.* – 2007. – Vol. 25, № 8. – P. 1627-1632.
15. Impact of left ventricular geometry on prognosis in hypertensive patients with left ventricular hypertrophy(the LIFE study) / E. gerdts, D. Cramarus, G. de Simone [et al.] // *Eur. J. Echocardiogr.* – 2008. – Vol. 9, № 4. – P. 809-815.
16. Impaired left ventricular synchronicity in hypertensive patients with ventricular hypertrophy / H. Tan, G. Zheng, L. Li [et al.] // *J. Hypertens.* – 2008. – Vol. 26, № 3. – P. 553-559.
17. Importance of blood pressure control in left ventricular mass regression / A. B. Miller, N. Reichek, S. J. Sutton [et al.] // *J. Am. Soc. Hypertens.* – 2010. – Vol. 4, № 1. – P. 302-310.
18. Is prehypertension an independent predictor of target organ changes in young-to-middle-aged persons of African descent? / G. R. Norton, M. Maseko, E. Libhaber [et al.] // *J. Hypertens.* – 2008. – Vol. 26, № 12. – P. 2279–2987.
19. Jennings G. L. R. Left ventricular hypertrophy: beyond the image and defining the human cardiac phenotype in hypertension / G. L. R. Jennings, J. R. McMullen // *J. Hypertens.* – 2007. – Vol. 25, № 5. – P. 941-947.
20. Left ventricular architecture and survival in African-Americans free of coronary heart disease (from the Atherosclerosis Risk In Communities [ARIC] study) / H. A. Taylor, A. D. Penman, H. Han [et al.] // *Am. J. Cardiol.* – 2007. – Vol. 99, № 5. – P. 1413–1420.
21. Left ventricular concentric geometry during treatment adversely affects cardiovascular prognosis in hypertensive patients / M. L. Muiesan, M. Salvetti, C. Monteduro [et al.] // *Hypertension.* – 2004. – Vol. 43, № 3. – P. 731–738.
22. Left ventricular geometry and survival in patients with normal left ventricular ejection fraction / R. V. Milani, C. J. Lavie, M. R. Mehra [et al.] // *Am. J. Cardiol.* – 2006. – Vol. 97, № 3. – P. 959–963.
23. Left ventricular hypertrophy versus chronic kidney disease as predictors of cardiovascular events in hypertension: a Greek 6-year-follow-up study / C. Tsioufis, E. Vezali., D. Tsiachris [et al.] // *J. Hypertens.* – 2009. – Vol. 27, № 4. – P. 744-752.
24. Manolis A. J. Electrocardiography for the diagnosis of left ventricular hypertrophy:

revising an old friend in times of austerity / A. J. Manolis, E.S. Hamodraka, L. E. Poulimenos // J. Hypertens. – 2012. – Vol. 30, № 7. – P. 1325-1327.

25. Perlini S. Determinants of left ventricular mass in hypertensive heart disease: a complex interplay between volume, pressure, systolic function and genes / S. Perlini // J. Hypertens. – 2007. – Vol. 25, № 7. – P. 1341-1342.

26. Pierdomenico S. D. Risk reduction after regression of echocardiographic left ventricular hypertrophy in hypertension: a meta-analysis / S. D. Pierdomenico, F. Cuccurullo // Am. J. Hypertens. – 2010. – Vol. 23, № 4. – P. 876-881.

27. Prevalence of left-ventricular hypertrophy by multiple electrocardiographic criteria in general population: Hermex study / F. J. Felix-Redondo, D. Fernandez-Berges, A. Calderon [et al.] // J. Hypertens. – 2012. – Vol. 30, № 7. – P. 1460-1467.

28. Prognostic impact of baseline and serial changes in electrocardiographic left ventricular hypertrophy in resistant hypertension / G. F. Salles, C. R. L. Cardozo, R. Fiszman [et al.] // Am. Heart J. – 2010. – Vol. 159, № 5. – P. 833-840.

29. Prognostic value of isolated nocturnal hypertension on ambulatory measurement in 8711 individuals from 10 populations / H. Q. Fan, Y. Li, L. Thijs [et al.] // J. Hypertens. – 2010. – Vol. 28, № 10. – P. 2036-2045.

30. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document / G. Mancia, S. Laurent, E. Agabiti-Rosei [et al.] // J. Hypertens. – 2009. – Vol. 27, № 1. – P. 2121 - 2158.

31. Regression of left ventricular mass by antihypertensive treatment. A meta-analysis of randomized comparative studies / R. H. Fagard, H. Celis, L. Thijs [et al.] // Hypertension. – 2009. – Vol. 54, № 7. – P. 1084-1091.

32. Reverse remodeling and improved function by antihypertensive treatment in hypertensive patients with coronary artery disease / Y. Yui, K. Kodama, A. Hirayama [et al.] // J. Hypertens. – 2010. – Vol. 28, № 1. – P. 178-185.

33. The voltage of R wave in lead aVL improves risk stratification in hypertensive patients without ECG left ventricular hypertrophy / P. Verdecchia, F. Angeli, C. Cavallini [et al.] // J. Hypertens. – 2009. – Vol. 27, № 8. – P. 1697-1704.

34. Tikhonoff V. Evolving concepts of left ventricular hypertrophy / V. Tikhonoff, E. Csiglia // Eur. Heart J. – 2008. – Vol. 29, № 7. – P. 846-848.

#### ELECTROCARDIOGRAPHY IN DIAGNOSTIC OF LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY WITH ARTERIAL HYPERTENSION (REVIEW ON LITERATURE).

Zdykhovska I.I., Khristulenko A.L., Stulikova E.L., Malceva N.V.

M. Gorky Donetsk national medical university

**Summary.** In the article, the main questions about pathogenesis, prognostic value and diagnostic of left ventricular hypertrophy during arterial hypertension are shown

**Keywords:** arterial hypertension, left ventricular hypertrophy, electrocardiography.

УДК 616.127-009.51-085-089+616.23/.24]-036.8+614.253.89

#### ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАБЛЮДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО, ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Игнатенко Г.А., Мухин И.В., Макарьчук О.В.,

Евтушенко И.С., Гончаров А.Н., Ракитов Б.Л.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецкое областное территориальное медицинское объединение

**Резюме.** Применение алкогольной аблации межжелудочковой перегородки при



обструктивной гипертрофической кардиомиопатии по сравнению с лекарственным лечением и кардиостимуляцией, позволяет значительно увеличить 5-ти летнюю кардиальную выживаемость и рассматривать данный метод в качестве действенного средства первичной и вторичной профилактики внезапной аритмической смерти.

**Ключевые слова:** отдаленные результаты лечения гипертрофической обструктивной кардиомиопатии, медикаментозный, электрофизиологический и хирургический методы лечения.

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) является одним из наименее изученных первичных заболеваний сердца, проявляющееся преимущественно диастолическими расстройствами функции левого желудочка сердца у лиц молодого и среднего возраста, нарушениями сердечного ритма и синдромом внезапной смерти [1].

Продолжаются поиски оптимальных методов лечения, среди которых в последние годы, кроме традиционного медикаментозного, используются электрофизиологический (с имплантацией двухкамерного электрокардиостимулятора (ЭКС)) и хирургический (с транскатетерной абляцией межжелудочковой перегородки (МЖП)) [2]. До настоящего времени отсутствуют результаты сравнительного анализа влияния такого лечения на прогноз [3, 5].

Цель исследования заключалась в анализе влияния медикаментозного, электрофизиологического и хирургического методов лечения и оценка их влияния на отдаленный прогноз при ГКМП

#### **Материал и методы исследования**

В исследование включены 92 (70 мужчин и 22 женщины) пациента с ГКМП в возрасте от 18 до 45 лет (в среднем  $36,0 \pm 0,3$  лет), находившихся на обследовании в кардиохирургическом отделении Донецкого областного территориального медицинского объединения на протяжении 2004-2015 годов. Результаты оценены у 65(70,6%) пациентов проспективно и у 27(29,3%) больных ретроспективно по данным анализа медицинской документации.

Диагноз ГКМП базировался на данных Эхо-КГ исследования сердца и консенсуса экспертов Американского кардиологического колледжа и Европейского кардиологического общества (2011 г.). Стадии заболевания классифицировали согласно рекомендациям Нью-Йоркской ассоциации сердца.

Критериями включения в исследование служили: обструктивные формы ГКМП, градиент давления в выходном тракте левого желудочка (ЛЖ) (в покое)  $> 50$  мм рт.ст., толщина МЖП  $> 18$  мм, соотношение МЖП/задняя стенка ЛЖ  $> 1,5$ , II-IV функциональные классы (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН) по классификации NYHA, отсутствие поражений коронарных артерий (по данным предшествующей коронароангиографии) и структурных изменений клапанного аппарата, наличие переднесистолического движения передней створки митрального клапана, кардиогенные синкопальные или липотимические состояния. Одним из показаний к проведению алкогольной абляции или имплантации ЭКС была медикаментозная резистентность.

В исследование не включали пациентов с коронарной патологией

атеросклеротического генеза, наличием артериальной гипертензии как потенциальной причины формирования концентрической гипертрофии ЛЖ, наличием тромбов в полостях сердца, ХСН 3 стадии.

Группы наблюдения были однородными по полу ( $\chi^2=1,2$ ,  $p=0,23$ ) с преобладанием мужчин (соотношение с женщинами 3:1), возрасту ( $t=0,9$ ,  $p=0,32$ ), длительности заболевания ( $t=1,1$ ,  $p=0,20$ ), варианту ГКМП (все с обструкцией) ( $\chi^2=2,1$ ,  $p=0,09$ ), стадии ГКМП ( $\chi^2=0,2$ ,  $p=0,77$ ), клиническим проявлениям на этапе включения в исследование ( $\chi^2=0,4$ ,  $p=0,52$ ) и тяжести ХСН ( $\chi^2=1,24$ ,  $p=0,36$ ).

В 1-ю группу включены 33(35,8%) пациента, которые получали только медикаментозное лечение: недигидропиридиновые антагонисты кальция (верапамил или дилтиазем), ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, курсами по 3-4 месяца триметазидин.

Вторая группа состояла из 29(31,5%) пациентов, которым в условиях кардиохирургического отделения Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения проведена этиловая абляция МЖП. Инфузию алкоголя проводили через баллонный катетер в перфорантную септальную ветвь 1-3 мл 96% спирта. Следствием инфузии явился инфаркт гипертрофированного базального отдела МЖП и зоны ее контакта с передней створкой МК, захватывающий от 3 до 10% массы миокарда ЛЖ (до 20% массы МЖП).

Третья группа наблюдения состояла из 30(32,6%) больных, которым выполнена имплантация двухкамерного электрокардиостимулятора.

Полученные результаты анализировались через 5 лет от начала исследования.

### **Результаты и их обсуждение**

Несмотря на то, что в ведущих кардиохирургических клиниках мира предпочтение отдают именно хирургическим методам лечения ГКМП, имеются многочисленные сообщения и о том, что при использовании двухкамерной ЭКС, не удалось установить существенное влияние такого лечения на частоту внезапной смерти и «аритмический» прогноз в отдаленном периоде наблюдения [7]. Кроме того, исследования последних лет показали, что имплантация двухкамерных ЭКС усугубляет диастолические нарушения в отдаленном периоде наблюдения, в частности релаксационные показатели и повышает конечнодиастолическое давление в левом желудочке, что в свою очередь ускоряет процессы патологического ремоделирования миокарда и приближает этап формирования систоло-диастолической ХСН [2].

В этой связи, чрескожная катетерная алкогольная абляция МЖП рассматривается как довольно перспективный метод лечения данной категории больных, тем более при рефрактерности к медикаментозному лечению [3]. Вместе с тем считается, что такой метод позволяет частично улучшить диастолическую функцию и нормализовать сокращение МЖП [4]. К настоящему времени не доказано позитивное влияние транскатетерной абляции на прогноз, хотя во многих клиниках мира она считается «золотым стандартом»

лечения такой категории больных [1, 3, 5]. По мнению Кнышова Г.В. и соавторов, транскатетерная алкогольная абляция септальных ветвей передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии – безопасный и эффективный метод лечения обструктивной формы ГКМП [4]. Механизм снижения градиента систолического давления на выходном тракте левого желудочка после транскатетерной алкогольной абляции септальных ветвей заключается не только в возникновении искусственного инфаркта миокарда, а, в основном, в возникновении блокады правой ножки пучка Гиса и, как результат, в нормализации последовательности проведения возбуждения по проводящей системе сердца [6].

По данным репрезентативных исследований, 5-летняя выживаемость больных ГКМП (не зависимо от наличия или отсутствия обструкции и тяжести градиента давления в выносящем тракте) колеблется от 82 до 98%, а 10-летняя – от 64 до 89% [7]. По данным ряда кардиохирургических клиник 5-летняя выживаемость оперированных больных (т.е. с обструктивной формой ГКМП) составляет 93% при операционной летальности 1,6%, а 10-летняя - 71-88% [8-9].

В нашем исследовании 5-ти летняя кардиальная выживаемость пациентов составила в 1-ой группе на фоне лекарственной терапии 72,7%, во 2-ой после катетерной абляции МЖП – 93,1%, в 3-ей после имплантации двухкамерного ЭКС – 86,7%.

При анализе кардиальных причин смерти в отдаленный период наблюдения по нашим данным, преобладающими явились внезапная аритмическая смерть (15,2, 3,4 и 10,0% в группах наблюдения соответственно) (табл. 1). Вместе с тем, по сравнению с 1-ой группой медикаментозного лечения, во 2-ой величина данного показателя была на 11,8%, а в 3-ей – на 5,2% меньше.

Таблица 1. Кардиальные причины смерти

Кардиальные причины смерти	Группы больных		
	1-я (n=33)	2-я (n=29)	3-я (n=30)
Внезапная аритмическая смерть (фибрилляция желудочков)	5(15,2%)	1(3,4%) <sup>1)</sup>	3(10,0%) <sup>2) 3)</sup>
Гемодинамически неустойчивая желудочковая тахикардия	2(6,1%)	1(3,4%)	1(3,3%)
Массивная /субмассивная ТЭЛА	1(3,0%)	-	-
Развитие сердечной недостаточности («конечная стадия ГКМП»)	1(3,0%)	-	-
Всего	9(27,3%)	2(6,9%)	4(13,3%)

Примечания:

1. В таблице представлен процент к общему числу больных, включенных в исследование;

2. <sup>1)</sup> - различия аналогичных показателей у больных 1-ой и 2-ой групп статистически достоверны; <sup>2)</sup> – различия аналогичных показателей у больных 1-ой и 3-ей групп статистически достоверны; <sup>3)</sup> - различия аналогичных показателей у больных 2-ой и 3-ей групп статистически достоверны.

Алкогольная абляция и ЭКС, в свою очередь, не имели существенного превосходства перед медикаментозным лечением в плане неустойчивой желудочковой тахикардии (у 6,1, 3,4 и 3,3% соответственно). Вместе с тем, во 2-ой и 3-ей группах наблюдения отмечалось отсутствие случаев тромботических причин смерти и «конечной стадии» ГКМП.

По результатам 5-ти летнего наблюдения во 2-ой умерло на 20,4% меньше больных, чем в 1-ой, а в 3-ей – на 14,0% меньше, чем в 1-ой. Различия между 2-ой и 3-ей группами составили 6,4%.

При анализе прогностических/потенциальных маркеров внезапной аритмической смерти оказалось, что таковыми являются неустойчивая желудочковая тахикардия, появление синкопальных состояний, толщина левого желудочка более 30 мм и случаи успешной реанимации после наступления внезапной аритмической смерти.

Исходя из полученных результатов, риск внезапной аритмической смерти был максимальным при использовании медикаментозных средств и минимальным у лиц, которым выполняли алкогольную абляцию. Пациенты с имплантированным двухкамерным ЭКС при этом занимали промежуточную позицию. Вместе с тем, в зависимости от методов лечения, частота данных маркеров оказалась разной. Так, частота успешной реанимации была наивысшей в 1-ой группе, в то время как во 2-ой и 3-ей группах – на 13,0% и 5,2% меньше. Частота спонтанной желудочковой тахикардии, выявляемая по данным холтеровского мониторирования в группах 2 и 3 была на 13,4 % и 9,3% соответственно меньше, чем в группе с традиционным лекарственным лечением.

Отдаленные результаты лечения показали статистически значимый прирост кардиальной выживаемости среди больных, которым была выполнена алкогольная абляция (93,1%) и снижение смертности (с группами сравнения - на 20,4% и 6,4% соответственно).

### **Выводы**

Применение алкогольной чрескатетерной абляции МЖП является малоинвазивным хирургическим методом лечения обструктивной ГКМП, позволяет не только увеличить на 20,4 и 6,4% соответственно 5-ти летнюю кардиальную выживаемость (в сравнении только с лекарственным лечением и имплантацией ЭКС), но и дает возможность рассматривать ее в качестве эффективного средства первичного и вторичного (у реанимированных пациентов) превентивирования внезапной аритмической смерти.

### **Литература**

1. Беленков Ю. Н. Гипертрофическая кардиомиопатия / Ю. Н. Беленков, Е. В. Привалова, В. Ю. Каплунова // М.: ГЭОТАР-Медиа – 2011. – 392 с.
2. Габрусенко С. А. Гипертрофическая кардиомиопатия: современное состояние проблемы / С. А. Габрусенко // Болезни сердца и сосудов. – 2006. – Т.1.– С.46–52.
3. Гипертрофическая кардиомиопатия, особенности течения при длительном наблюдении / Ю. Н. Беленков, Е. В. Привалова, В. Ю. Каплунова и

др. // Терапевтический архив. - 2008. - № 8. - С. 18-25.

4. Гипертрофическая кардиомиопатия: где мы сегодня в понимании проблем патофизиологии, диагностики и лечения? / Г. В. Кнышов, В. П. Залевский, М. Ф. Зиньковский и др. // Сучасні медичні технології. - 2013. - Вип. 1. - С. 20-28.

5. Интервенционные методы лечения гипертрофической кардиомиопатии / Р. С. Поляков, Ю. М. Саакян, М. В. Пурецкий // Клинический и экспериментальный хирургический журнал им. акад. Б.В. Петровского. - 2014. - № 1. - С. 96-99.

6. Новые возможности оценки результатов транскатетерной абляции у пациентов с гипертрофической обструктивной кардиомиопатией / А. Г. Осиев, С. П. Мироненко, Е. И. Кретов и др. // Международный журнал интервенционной кардиологии. - 2011. - №24. - С. 97-98.

7. Efthimiadis G. K. Hypertrophic cardiomyopathy in 2013: Current speculations and future perspectives / G. K. Efthimiadis, E. D. Pagourelas, T. Gossios et al. // World J. Cardiol. - 2014. - Vol. 6 (2). - P. 26-37.

8. Maron B. J. Hypertrophic cardiomyopathy / B. J. Maron, M. S. Maron // Lancet. - 2013. - Vol. 5. - P. 381.

9. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy // European Heart Journal. - 2014. - Vol. 5. - P. 2733-2779.

DISTANT RESULTS OF TREATMENT OBSTRUCTIVE HYPERTROPHIC  
CARDIOMYOPATHY UNDER THE INFLUENCE DRUGS, ELECTROPHYSIOLOGICAL  
AND SURGICAL METHODS OF TREATMENT

Ignatenko G.A., Mukhin I.V., Makarchyk O.V., Goncharov A.N., Rakitov B.L.  
M. Gorky Donetsk national medical university  
Donetsk regional territorial medical association

**Summary.** Application alcohol ablation of interventricular septum in patients with obstructive hypertrophic cardiomyopathy as compared with drugs treatment and cardio stimulation considerable allowed increase cardiac survival and be considered that method in the capacity of effective arrangement primary and secondary prophylaxes sudden arrhythmic death.

**Key words:** distant results of treatment obstructive hypertrophic cardiomyopathy, drugs, electrophysiological and surgical method of treatment.

УДК 616.611-002-036.12

ИЗМЕНЕНИЯ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КОНДЕНСАТА  
ВЫДЫХАЕМОГО ВОЗДУХА У БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ  
МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ВАРИАНТАМИ  
ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА

Мухин И.В., Игнатенко Т.С., Щербаков К.С.,  
Чеботарева Е.Н., Субботина Е.А., Контовский Е.А., Кошелева Е.Н.  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Резюме.** В работе изучены физико-химические параметры конденсата выдыхаемого воздуха у больных хроническим гломерулонефритом с разными морфологическими вариантами заболевания. Установлено, что показатели поверхностного натяжения конденсата выдыхаемого воздуха существенно зависели не только от морфологического

варианта гломерулонефрита (мезангиокапиллярный и мембранозный варианты заболевания), но и от тяжести протеинурии.

**Ключевые слова:** физико-химические свойства, конденсат выдыхаемого воздуха, морфологические варианты хронического гломерулонефрита.

Первичный хронический гломерулонефрит (ХГН) относится к наиболее распространенным заболеваниям почек, а развитие болезни преимущественно у молодых, быстрое снижение функции почек и, в последующем, потребность в терапии, замещающей почки, делает эту проблему актуальной для современной нефрологии.

Как известно, при ХГН нарушается физико-химический состав мочи, как за счет присутствия протеинов (альбуминов, глобулинов, молекул средней массы), форменных элементов крови (эритроцитов и лейкоцитов), цилиндров, так и за счет диспропорции содержания фибронектина, ферритина, фракций липопротеинов, холестерина и других поверхностно активных веществ [1].

Изменение физико-химических свойств экспиратов при ХГН является отражением целостных и взаимосвязанных процессов, происходящих в почках и обусловленных главным образом повреждением базальной мембраны клубочков и поражением канальцевого аппарата.

Цель исследования заключалась в анализе изменений физико-химического состава конденсата выдыхаемого воздуха (КВВ) при разных морфологических вариантах ХГН.

#### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилась в соответствии с плановой научно-исследовательской работой кафедры пропедевтической и внутренней медицины Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького «Разработка, патогенетическое обоснование и внедрение методов липосомальной и адаптационной терапии в комплексном лечении мононозологической и мультинозологической терапевтической патологии».

В исследование включены 58 больных мезангиальным пролиферативным (МП) (1-я группа наблюдения), мезангиокапиллярным (МК) (мембранолиферативным) (2-я группа) и мембранозным (МН) (3-я группа) гломерулонефритом с сохраненной функцией почек (скорость клубочковой фильтрации >90 мл/минуту) с наличием или без наличия гипертензивного и нефротического синдромов.

Диагноз верифицирован посредством прижизненного морфологического исследования биоптатов почечной ткани. Биопсию почки проводили в условиях диагностического центра Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения под сонографическим контролем. Гистологические препараты изучали в условиях светооптической и иммунофлуоресцентной микроскопии.

В исследование не включали больных с морфологическими признаками нефросклероза, медикаментозноиндуцированными и паранеопластическими поражениями почек, а также с вторичными поражениями почек на фоне системных заболеваний соединительной ткани и системных васкулитов.

КВВ собирали в утренние часы с помощью стеклянных приёмников, погруженных в тающий лед. Методом анализа формы осесимметричных капель (компьютерный тензиореометр "ADSA-Toronto", Канада) оценивали реологические свойства КВВ, состоящие из эластичной части (определяемой только обратимыми процессами в монослое) и вязкой (связанной с потерей энергии вследствие релаксационных процессов в области раздела или вблизи межфазной границы) [2]. Использовалась быстрая стрессовая деформация расширения поверхности (при  $t=12000$  сек) с определением модуля вязкоэластичности ( $\epsilon$ ). После расширения капли поверхностное натяжение ( $\sigma$ ) медленно релаксировало, то есть возвращалось к своему первоначальному (исходному) значению [4]. Время релаксации ( $\tau$ ) характеризовало способность монослоя восстанавливать исходное состояние (отражало кинетику адсорбции из раствора и процессы перестройки адсорбированных молекул в условиях почти равновесного монослоя). Величина  $\phi$  является отражением угла между амплитудными значениями деформации.

Таким образом, при исследовании КВВ с помощью ADSA мы определяли параметры межфазной (адсорбционной) тензиометрии ( $\sigma$  при  $t \rightarrow \infty$ , отражающее равновесную или статическую активность, а также фазовый угол тензиограмм  $\mu$ ) и реометрии ( $\epsilon$ ,  $\tau$ ).

В качестве контроля все параметры КВВ изучены у 30 практически здоровых людей аналогичного возраста и пола.

Статистическую обработку проводили с помощью статистической программы «Statistica 6» с использованием параметрических и непараметрических модулей. Различия цифровых показателей считали достоверными при уровне значимости (p-level)  $<0,05$ .

### **Результаты и их обсуждение**

Физико-химические свойства КВВ представлены в таблице 1. У больных МП ХГН, у которых имел место преимущественно мочевого синдром, величина  $\sigma_{\infty}$  хотя и статистически имела отличия от здоровых, но среди всех изученных морфологических вариантов гломерулонефрита, максимально приближалась к нормативным величинам. При этом статистически значимых различий величины  $\sigma_{\infty}$  между МП и МК ХГН не установлено. У подавляющего большинства пациентов с МП ХГН имел место мочевого или гематурический синдром (IgA нефропатия). Напротив, при МН (у 90% больных был нефротический синдром), установлено статистически значимое отличие  $\sigma_{\infty}$  как с группами больных (т.е. при МП и МК ХГН), так и со здоровыми. Величина  $\phi$  у больных имела значимые различия с контрольной группой. При этом минимальные отличия от группы здоровых отмечены в 1-ой группе (т.е. при МП ХГН), более значимые различия имели место во 2-ой (т.е. при МК ХГН) и наибольшие – в 3-ей (т.е. при МН ХГН). При этом, при МН ХГН показатель более, чем в 3 раза был ниже контрольного значения. Величина  $\epsilon$  при МП ХГН имела статистически более высокое значение, чем в контроле. При МК ХГН  $\epsilon$  была еще выше, чем при МП ХГН. Максимальное значение  $\epsilon$  достигнуто при МН ХГН. Напротив,  $\tau$  у больных оказался значимо ниже значения у здоровых

людей, а степень снижения была пропорциональной тяжести морфологических изменений и среднестатистического прогноза.

Таблица 1. Физико-химические показатели КВВ у больных с разными морфологическими вариантами ХГН и здоровых людей ( $M \pm m$ )

Показатели	Морфологические варианты ХГН			Здоровые (n=30)
	1-я группа (n=25) (МП ХГН)	2-я группа (n=20) (МК ХГН)	3-я группа (n=13) (МН ХГН)	
$\sigma_{\infty}$ , мН/м	52,0±0,12 <sup>4)</sup>	51,2±0,39 <sup>4)</sup>	42,3±0,70 <sup>2)3)4)</sup>	56,0±1,18
$\varphi$ , мН/м <sup>-1</sup> сек <sup>1/2</sup>	115,7±7,10 <sup>4)</sup>	98,6,1±6,37 <sup>1)4)</sup>	80,1±5,50 <sup>2)3)4)</sup>	313,2±2,13
$\varepsilon$ , мН/м	30,2±2,14 <sup>4)</sup>	38,3±1,18 <sup>1)4)</sup>	49,3±1,59 <sup>2)3)4)</sup>	24,7±2,05
$\tau$ , сек	416,0±11,71 <sup>4)</sup>	378,1±13,46 <sup>1)4)</sup>	358,7±12,19 <sup>2)3)4)</sup>	462,1±13,40

Примечание. <sup>1)</sup> - различия между аналогичными показателями в 1-ой и 2-ой группах статистически достоверны; <sup>2)</sup> - различия между аналогичными показателями в 1-ой и 3-ей группах статистически достоверны; <sup>3)</sup> - различия между аналогичными показателями в 2-ой и 3-ей группах статистически достоверны; <sup>4)</sup> – различия между аналогичными показателями у больных и здоровых статистически достоверны.

Известно, что зависимость ПН от времени жизни обусловлена неравновесным характером процессов адсорбции-десорбции сурфактантов на жидкой границе раздела фаз [3]. Скорости адсорбции и понижения межфазной активности определяются в общем случае диффузией сурфактантов к поверхности, скоростью преодоления так называемого «адсорбционного барьера» (электростатической, энтропийной или иной природы) и процессами перестройки адсорбированных молекул в поверхностном слое [2].

По нашим данным нефротический синдром по сравнению с мочевым/гематурическим сопровождается еще большим снижением межфазной активности экспиратов, что обусловлено увеличением в КВВ белковых и липидных сурфактантов. Снижение  $\sigma_{\infty} < 40$  мН/м является неблагоприятным признаком в отношении неблагоприятного прогноза нефротического синдрома и малой вероятности возникновения лекарственной/спонтанной ремиссии.

Физико-химические параметры КВВ мало зависят от наличия или отсутствия у больных ХГН почечной дисфункции и поэтому для «чистоты» исследования мы не включали в проект пациентов с почечной недостаточностью. Вместе с тем, известно, что при увеличении стадии почечной недостаточности, ПН экспиратов сначала уменьшается, затем увеличивается, а потом вновь снижается на фоне противоположной динамики  $\varphi$  тензиограмм и  $\tau$  [5]. Такая зависимость обусловлена накоплением белково-липидных сурфактантов в выдыхаемой влаге при начальных стадиях снижения функции почек, затем повышением содержания в КВВ инсурфактантных неорганических электролитов и, наконец, в терминальной стадии ХПН – высоким уровнем небелковых азотистых продуктов.

Известны достоверные позитивные корреляционные связи между показателями  $\eta$  у больных ХГН и содержанием в крови общего белка, холестерина, триглицеридов, липопротеинов низкой плотности, а обратная



зависимость с уровнями липопротеинов высокой плотности и ферритина.

### **Выводы**

1. Показатели ПН КВВ у больных ХГН статистически значимо отличается от здоровых, а нарушения этих параметров свидетельствует об изменении поверхностно активных физико-химических свойств экспиратов.

2. Значения всех исследованных показателей КВВ в значительной степени зависели от морфологического варианта гломерулонефрита, причем более выраженные нарушения прослеживались у больных с МН и в меньшей степени - с МК и МП ХГН.

3. Степень изменений параметров ПН КВВ ( $\sigma_{\infty}$ ,  $\varphi$ ,  $\varepsilon$ ,  $\tau$ ) находится в позитивной корреляции с клиническим вариантом течения ХГН, что в большей степени характерно для больных с нефротическим синдромом.

4. Изучение КВВ при ХГН позволит в перспективе разработать дифференцированные принципы оценивания эффективности терапии при различных морфологических вариантах ХГН, прогнозировать течение заболевания с наличием мочевого, гематурического, гипертензивного и нефротического синдромов (темпы формирования почечной недостаточности и индукции ремиссии и ее продолжительности).

### **Литература**

1. Биофизические свойства конденсата выдыхаемого воздуха у шахтеров с хроническим обструктивным заболеванием легких / Г. Н. Токарев, О. В. Синяченко, В. К. Гринь, В. А. Толстой // Укр. пульмонолог. журнал. - 2005. - №3. - С. 36-39.

2. Борукаева И. Х. Зависимость изменений конденсата выдыхаемого воздуха от тяжести хронического обструктивного бронхита / И. Х. Борукаева / Вестник новых медицинских технологий. - 2007. - № 1. - С. 17-129.

3. Борукаева И. Х. Изменение показателей конденсата выдыхаемого воздуха у больных бронхиальной астмой после интервальной гипоксической тренировки и энтеральной оксигенотерапии / И. Х. Борукаева, Р. М. Арамисова // Известия Кабардино-Балкарского Научного Центра РАН. - 2011. - № 3 (41). - С. 34-39.

4. Restoring the charge and surface activity of bovine lung extract surfactants with cationic and anionic polysaccharides / E. J. Acosta, Z. Policova, S. Lee, A. Dang // Biochim. Biophys. Acta. - 2010. - Vol.1798, N5. - P.882-890.

5. Unfolding of rabbit serum albumin by cationic surfactants: surface tensiometry, small-angle neutron scattering, intrinsic fluorescence, resonance Rayleigh scattering and circular dichroism studies / M. S. Ali, N. Gull, J. M. Khan, V. K. Aswal // J. Coll. Interf. Sci. - 2010. - Vol.352, №2. - P.436-443.

### **CHANGES OF PHYSICO-CHEMICAL PROPERTIES OF RUNBACK OF EXPIRATE FOR PATIENTS WITH DIFFERENT MORPHOLOGICAL VARIANTS of CHRONIC GLOMERULONEPHRITIS**

M. Gorky Donetsk national medical university

Mukhin I.V., Ignatenko T.S., Sherbakov K.S., Chebotareva E.N.,

Subbotina E.A., Kontovskiy E.A., Kosheleva E.N.

**Summary.** The physic-chemical parameters of runback of expirates are in-process studied for patients with chronic glomerulonephritis with the different morphological variants of disease. It is set that the indexes of surface-tension of runback of expirates substantially depended not only on the morphological variant of glomerulonephritis but also from weight of proteinuria.

**Keywords:** physic-chemical properties, runback of expirates, morphological variants of chronic glomerulonephritis.

УДК 616.983:618+616.6]+615.81

## ФИЗИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА

Томачинская Л.П., Кабанова Н.В., Лыкова А.А.

Донецкий Национальный Медицинский Университет им. М. Горького  
Кафедра медицинской реабилитации, лечебной физкультуры, спортивной и  
нетрадиционной медицины

**Резюме.** Авторами разработан комплекс физиопроцедур, рекомендуемых к применению в комплексном лечении урогенитального хламидиоза. Он включает последовательное воздействие ультразвуком и импульсными токами. Это позволяет повысить эффективность антибактериальной терапии, обеспечивая ее действенность, пролонгированный эффект препаратов, стимулирует механизмы саногенеза.

**Ключевые слова:** урогенитальный хламидиоз, ультразвуковая терапия, импульсные токи, сальпингоофорит.

За последнее время во всем мире отмечается рост заболеваний, передающихся половым путем. Среди возбудителей хламидии занимают одно из ведущих мест (46,8-81%). В женских консультациях диагностируется 60-65% таких заболеваний, из которых 20-30% нуждаются в стационарном и специализированной реабилитации. Среди всех воспалительных заболеваний сальпингоофориты являются самыми распространенными (70,4%). Причем у 75% больных процесс двусторонний. Актуальность и значимость проблемы воспалительных заболеваний придатков обуславливается не только их высокой частотностью, но и возникновением на их фоне тяжелых осложнений, таких как нарушение менструальной и репродуктивной функций (бесплодие, внематочная беременность), вовлечение в цепь патологических реакций нервной, эндокринной, иммунной и других систем организма.

В литературе отражен достаточный опыт лечения хламидиоза, однако не вызывает сомнений необходимость дальнейшего поиска новых способов этиотропной терапии, что позволяет разработать наиболее эффективные схемы комплексного использования антибактериальных, физиотерапевтических и иммунно коррегирующих методов лечения больных урогенитальным хламидиозом.

Проблема использования физических факторов в лечении хламидиоза является актуальной в силу ряда причин. Применение фармакологических препаратов часто приводит к алергизации организма, негативно отражается на функции печени, почек, желудочно-кишечного тракта.

Физические факторы обладают гипосенсибилизирующим действием, а также выраженным противовоспалительным, анальгизирующим, трофическим и

иммуномодулирующим эффектами. Кроме того, эти методы стимулируют механизмы саногенеза на различных уровнях: клеточном, тканевом, органном, системном и организменном; оказывают нормализующие воздействия на нервную и эндокринные системы; потенцируют действия фармакологических средств.

Таким образом, использование физических факторов в комплексном лечении и реабилитации больных урогенитальной хламидийной инфекцией является патогенетически оправданным.

Традиционным методом физиотерапии применяемым при данной патологии является электрофорез лекарственных веществ, осуществляемый гальваническим током. В то же время известно, что импульсные токи являются для организма более физиологичным раздражителем. Кроме того, анальгизирующий эффект этих токов является для них специфическим. Это связано с сильнодействующей ритмически упорядоченной импульсацией, доминирующей над болевой. Под воздействием импульсных токов улучшается микроциркуляция и трофика тканей, возрастает активность окислительных ферментов, нормализуется функция симпато-адреналовой системы.

Из имеющегося разнообразия импульсных токов, на наш взгляд, предпочтение следует отдать синусоидально-модулированным токам от аппарата «Амплипульс» в силу следующих причин. Их действие мягче, чем у диадинамических токов, глубина проникновения больше, шире возможности подбора индивидуализированных параметров. Использование невыпрямленного режима в амплипульс-терапии позволяет избежать подэлектродного раздражения в тканях, характерного для действия постоянных токов и увеличить глубину проникновения. Выбор же выпрямленного режима позволяет осуществить сочетанное воздействие тока и лекарственного препарата (амплипульс-форез).

Неэффективность антибактериальной терапии при хламидиозе обусловлена прежде всего труднодоступностью препарата для возбудителя. Известно что все физические факторы потенцируют действие лекарственных веществ, однако при данной патологии предпочтение следует отдать ультразвуковому воздействию.

В терапевтических дозах ультразвук изменяет проницаемость мембран, усиливает процессы диффузии и осмоса, повышает активность ионов, гормонов, и других биологически активных веществ в результате перехода их в свободное состояние, активизирует ферментативную деятельность, усиливает обмен веществ. Под влиянием ультразвука активизируется не только трансгипофизарный, но и парагипофизарный путь нейроэндокринной регуляции. Ультразвук оказывает выраженное противовоспалительное, спазмолитическое, фибролитическое, рассасывающее, болеутоляющее, трофическое и гипосенсибилизирующее действие, стимулирует регенерацию. Такой широкий спектр действия ультразвука, его специфика, позволяют считать данное воздействие процедурой выбора при лечении воспалительных заболеваний придатков при хламидиозе.

Таким образом, предлагаемая нами схема включает в себя последовательное воздействие ультразвуком и синусоидально-модулированным током. Ультразвуковая терапия проводится на четыре поля: две гипогастральные области ( $0,6\text{Вт/см}^2$  по 5 минут) и две паравerteбральные зоны на уровне пояснично-крестцового отдела позвоночника ( $0,4\text{Вт/см}^2$  по 3 минуты) в непрерывном режиме по контактной лабильной методике. После чего в проекции придатков поперечно воздействуют синусоидально – модулированным током в выпрямленном режиме, 3-2й род работы по 5 минут каждый. При длительности импульса 4-6 секунд. Частота и глубина модуляций, сила тока, подбираются индивидуально. На курс 12-15 процедур, получаемых ежедневно, или через день.

Применению указанных физиопроцедур в комплексном лечении и реабилитации больных с урогенитальным хламидиозом позволяет существенно повысить эффективность антибактериальной терапии, в то же время оказывая воздействие на все системы организма и стимулируя механизмы саногенеза.

### **Литература**

1. Баткаев Э. А. Этиотропная терапия урогенитального хламидиоза. Клиническая дерматология и венерология. 2003. № 3. С. 13-19.
2. Галдава Г. Некоторые показатели клеточного звена иммунитета во время урогенитального хламидиоза. IX Всероссийский съезд дерматовенерологов: Тезисы научных работ. Т. II. М., 2005. С. 72.
3. Исаков В. А. Терапия урогенитального хламидиоза: Руководство для врачей. СПб.; В. Новгород, 2004. 76 с.
4. Стругацкий В.М. Физические методы в акушерстве и гинекологии. М. Медицина 1991г. 207с.

### **PHYSIOTHERAPY IN COMPOSITE TREATMENT OF UROGENITAL CHLAMYDIOSIS**

Tomachinskaya L.P., Kabanova N.V., Lykova A.A.

M.Gorky Donetsk National Medical University

The chair of medical rehabilitation, physiotherapy, sports and alternative medicine

**Summary.** The authors worked up the set of physio-procedures, recommended to complex treatment of urogenital chlamydiosis. It implies consecutive influence of ultrasound and surge current. It permits to increase effectiveness of antibacterial therapy, providing its efficiency, prolonged preparation effect stimulates sanogenesis mechanisms.

**Key words:** urogenital chlamydiosis, ultrasound therapy, surge current, salpingoophoritis.