

195 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) в возрасте от 18 до 58 лет (средний возраст $38,4 \pm 4,3$ года) через 15,60,120 минут после приёма смешанной пищи – 590,1 ккал. В результате исследования установлено, что в КГ прием смешанной пищи сопровождается постпрандиальной гиперемией. Так, через час после приема смешанной пищи Q увеличивается в среднем на 45,3%, а УОКбр на 28%. По истечении двух часов исследования анализируемые показатели достоверно не отличаются от базальных величин.

Далее, используя двухсигмальную зону колебаний гемодинамических показателей постпрандиального периода в КГ установлены, нормативы их роста. Так норматив роста для Q после смешанной пищевой нагрузки находится в пределах 18-73%, а для УОКбр 17-40%. На основании полученных данных определено, что адекватным постпрандиальный гемодинамический ответ (АПГО) можно считать в случае роста Q и УОКбр в пределах установленных нормативов. Соответственно парадоксальным постпрандиальный гемодинамический ответ (ППГО) считается в случае снижения величин Q и УОКбр после пищевого воздействия или при росте показателей ниже установленного норматива. У больных ЯБДК через час после смешанной пищи Q увеличивается только на 17% и ППГО выявлен в 51%, к этому же времени УОКбр снижается в среднем на 24%, а ППГО установлен в 86%. Далее для решения вопроса о том, несет ли оценка динамики Q и УОКбр дополнительную дифференциально-диагностическую информацию, мы проанализировали результаты исследований, проведенных у 150 больных: 85 лиц с активной дуоденальной язвой, 20 - с хроническим гастритом (ХГ), 20 - с активной язвой тела желудка (ЯБЖ) и 25 - с хроническим панкреатитом (ХП).

Как известно, практически при каждом заболевании ЖКТ выявляются патологические отклонения параметров регионарного кровотока. При этом нормальная динамика величин регионарного кровотока в постпрандиальном периоде не исключают патологию. В то же время выявление гемодинамических нарушений регионарного кровотока после приема пищи с определенной степенью вероятности свидетельствует о наличии патологических изменений (соответственно, без указания на нозологическую определенность). При оценке частоты патологической ППР Q установлено, что чувствительность теста равна 65%, его эффективность по отношению к лицам КГ, больным ХГ и ЯБЖ варьирует от 80% до 82,5%, а предсказуемая ценность положительного результата - от 92,8% до 100%. Что же касается информативности упомянутого теста по отношению к больным ХП, то она достаточно низка (специфичность - 44%, эффективность - 54,5%, предсказуемая ценность положительного результата - 53,7%). Тест на определение патологической ППР

для УОКбр у больных ЯБДК также обладает достаточно высокой информативностью: чувствительность составляет 95%, специфичность по отношению к сравниваемым группам - 92-100%, эффективность - 93,3-97,3%, предсказуемая ценность положительного результата 92,2-100%.

Таким образом, оценка постпрандиальных реакций регионарной гемодинамики методом тетраполярной реографии может служить в качестве дополнительного метода нозологической диагностики язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

ТУБЕРКУЛЕЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Дробот Н.Н.

Кубанский государственный медицинский университет, кафедра фтизиопульмонологии Краснодар, Россия

Поражение центральной нервной системы (ЦНС) является наиболее тяжелой по своим клиническим проявлениям, особенностям течения локализацией туберкулезного процесса.

В доантибактериальный период туберкулез ЦНС почти всегда заканчивался смертельным исходом. Применение специфической профилактики туберкулеза вакциной БЦЖ, проведение химиопрофилактики у лиц, относящихся к группе риска заболевания туберкулезом, успехи химиотерапии во всех возрастных группах позволило в современных условиях снизить заболеваемость и значительно улучшить исходы данной локализации туберкулеза.

За период с 1995 по 2006 г.г. в отделении детского и подросткового туберкулеза находились на лечении 19 больных туберкулезом ЦНС в возрасте от 3-х мес. до 16 лет. Туберкулезный менингит развивался на фоне туберкулезного поражения внутригрудных лимфатических узлов в 23,1%, на фоне первичного туберкулезного комплекса – в 15,7%, в 33,1% - при наличии милиарного туберкулеза и в 28,1% туберкулез ЦНС был единственным проявлением специфического процесса. У 20,8% больных изменения носили генерализованный характер. Микстинфекция диагностирована у трех больных. Среди пациентов преобладали дети в возрасте до 3-х лет. Большинство (69,6%) находящихся на лечении имели контакт с больными туберкулезом с bacillary формами. У 35,9% больных поствакцинальный знак БЦЖ отсутствовал или слабо выражен, что свидетельствовало о некачественно проведенной вакцинации БЦЖ. В 42,8% случаев зарегистрировано острое начало заболевания, что чаще всего расценивалось врачами как серозный или гнойный менингит, пневмония и другие заболевания. Неэффективность терапии по поводу этих предполагаемых заболеваний, дополнительные данные анамнеза (контакт с

большим туберкулезом, данные туберкулинодиагностики в динамике, ранее перенесенные заболевания и др.) позволили заподозрить туберкулезный менингит.

Почти у 60,0% больных туберкулезное поражение ЦНС протекало по классическому варианту с продромальным периодом и постепенным нарастанием клинических проявлений заболевания. Симптомы интоксикации, поражения черепно-мозговых нервов (преимущественно лицевого, глазодвигательного, отводящего) и менингеальные симптомы наблюдались у 95,9% больных, нарушения интеллекта – у 2-х, гидроцефалия – у 3-х. при исследовании глазного дна у 23,4% больных обнаружены изменения в виде застойных сосков и у 2-х неврит зрительного нерва. Расстройства вестибулярных функций – головокружение, снижение слуха, шум в ушах отмечены у 4-х пациентов.

Изменения ликвора у 79,1% больных характеризовались типичными для туберкулезного менингита признаками : спинномозговая жидкость прозрачная, бесцветная, уровень белка повышен до 0,6 г/л, плеоцитоз 250 клеток в 1мкл лимфоцитарного характера; содержание сахара, хлоридов снижено, у 2-х больных в пределах нормы, МБТ обнаружены у 2-х больных. У остальных больных имели место атипичные изменения в ликворе, что затрудняло выявление этиологии заболевания. Почти у трети больных выявлена туберкулиновая анергия на пробу Манту с 2 Т.Е.

У половины больных течение болезни было гладкое без осложнений. Улучшение общего состояния и исчезновение мозговых симптомов, снижение температуры тела у 11 больных отмечалось через 4-4,5 недели после начала адекватной химиотерапии. Менингеальные симптомы исчезали через 3-3,5 мес., санация ликвора наступала через 4-5 мес.

Двигательные расстройства – парезы, параличи конечностей, гиперкинезы, судороги, расстройства черепно-мозговой иннервации наблюдались у 4-х больных.

Лечение детей и подростков с данной локализацией туберкулезного процесса продолжалось 9-12 мес. с учетом того, что клиническое выздоровление значительно опережает анатомическое и туберкулез ЦНС обычно сочетается с туберкулезным поражением других органов и систем.

Режим противотуберкулезной терапии этих больных определялся терапевтической категорией, к которой относился больной. В основном больные получали 4-5 противотуберкулезных препаратов, при этом широко использовался метод внутривенного и внутримышечного их введения. Прием противотуберкулезных препаратов сочетался с патогенетической, симптоматической, общеукрепляющей терапией.

Результаты наблюдения показали, что в последние годы утяжеление течения туберкулезного поражения ЦНС связано с возросшей экзогенной суперинфекцией, заражением лекарственно устойчивыми штаммами МБТ, недостаточной качественной вакцинацией и ревакцинацией вакциной БЦЖ, особенностями клинических проявлений заболевания – острое начало, поражение ЦНС без других локализаций туберкулеза, а также низкой настороженностью врачей общей медицинской сети в отношении туберкулеза.

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕХНОЛОГИЯХ ОБУЧЕНИЯ

Ермолаев Ю.В.

*Читинский государственный университет
Чита, Россия*

На современном этапе развития страны высшее образование невозможно без научно обоснованной технологии обучения, которая мобилизует интеллектуальную активность личности. Высшая школа должна дать студентам умения и навыки решения профессиональных задач и научить их самостоятельно формулировать такие задачи. Требование всестороннего развития личности субъекта профессиональной деятельности всеми доступными средствами преподавания и учения обуславливает стратегию педагогической деятельности в учебно-воспитательном процессе. Известно, что многие выпускники высших учебных заведений, занявшись профессиональной деятельностью испытывают большие трудности основной причиной которых является неумение применять на практике знания, полученные в вузе [1]. Возможно, одной из причин этого является неэффективная организация образовательного процесса в вузе.

В настоящее время разработана концептуальная модель технологической подготовки студентов технического вуза. Теоретическая основа этой модели позволила представить динамичную картину информационного открытого мира, в котором технология выступает как парадигма образования и социокультурный феномен. Технология проявляет себя как сфера технологической реальности человека, функция которой заключается в познании технико-технологической реальности, получении нового знания технологической реальности. В данном случае в качестве объекта деятельности выступает инструментальный аспект технико-технологической реальности [2].

При преподавании любой дисциплины можно увеличивать содержательность (информативность) и изменять (совершенствовать) организацию учебно-познавательного процесса. Бесконечно повышать содержательность учебного материала невозможно, т.е. нельзя вводить информацию во всё увеличивающемся объеме в препо-