осложненным течением ГЭРБ. *Материалы и методы.* С 2002 по 2008 г в клинике прооперировали по данной методике 48 человек с ГЭРБ, (15 мужчин и 33 женщины в возрасте от 19 до 74 лет, средний возраст 51±4 года). Диагноз ГЭРБ установили по данным эндоскопического и рентгенологического исследований. Суточную pH-метрию проводили до и через 2 месяца после операции с помощью прибора «Гастроскан-24», фирмы "Исток-система" (Фрязино, Россия) с использованием стандартных зондов с 3-мя сурьмяными электродами и накожным хлорсеребряным электродом сравнения. Оценивали: среднее значение pH, % времени с pH<4, число гастроэзофагеальных рефлюксов (ГЭР), продолжительность самого длительного ГЭР, количество рефлюксов с pH<4, индекс De Meester. Достоверность определяли по критерию t Стьюдента. *Результаты.*: среднее значение pH в нижней трети пищевода повысилось с 5,86±0,33 до 6,51±0,12 (N 6-8); снизились % времени с pH<4 с 24,56±7,26 до 2,25±1,33, p<0,01 (N<4,5); число эпизодов ГЭР более 5 мин – с 11,13±3,22 до 0,75±0,41 рефл./сут, p<0,01 (N<3,5); самый продолжительный ГЭР – с 36,0±13,0 до 6,0±3,0 мин, p<0,01 (N<9,2) и индекс De Meester - с 74,72±20,76 до 11,01±5,49, p<0,05 (N<14,72). *Заключение.* Полученные данные свидетельствуют об арефлюксности конструкции вновь созданной кардии, приводящей к нормализации параметров pH-метрии и функционального состояния пищеводно-желудочного перехода.

ЭРИТРОМИЦИН В ДИАГНОСТИКЕ МОТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ТОНКОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ И ГРЫЖЕЙ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Семенихина Т.М., Корочанская Н.В., Оноприев В.В., Рыжих Р.Г., Шабанова Н.Е.

Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии, Краснодар, Россия

Возможность использования эритромицина, являющегося мотилиномиметиком, для выявления функциональных расстройств мускулатуры тонкого кишечника (ТК) ранее не рассматривалась. У 45 пациентов при комплексном обследовании диагностировали суб- (30 чел., 1-я группа) и компенсированную (15 чел., 2-я группа) стадию хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) в сочетании с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД). В качестве контроля обследовали 10 практически здоровых добровольцев. Во время манометрии внутривенно вводили 50мг эритромицина (патент РФ №2312582). Оценивали длительность ритмической фазы сократительной активности (3 фаза), ее продолжительность, частоту сокращений и амплитуду волн давления до и после пробы. До проведения теста в контрольной группе продолжительность сокращений в 3 фазу составила 3,9±0,3 сек, их частота – 11,2±0,2/мин и амплитуда волн – 51,6±3,4 мм рт.ст. Через 7-14 мин после введения эритромицина начиналась внеочередная 3 фаза: продолжительность сократительной активности была 7,1±1,2 мин, сокращений – 3,9±0,1 сек, их частота – 11,3±0,4/мин, амплитуда волн – 52,5±2,6 мм рт.ст, затем возникала фаза покоя. У больных ХДН в сочетании с ГПОД натощак средняя амплитуда волн (мм рт.ст.) в 1-й группе составила 34,2±4,1, во 2-й – 47,9±3,2; после теста амплитуда волн в 1-й группе стала 36,7±2,3, во 2-й – 49,1±2,4. Данный показатель в 1-й группе достоверно отличался от контроля. У всех больных с ХДН и ГПОД достоверных изменений в амплитуде волн до и после пробы с эритромицином не получено. Межгрупповых отличий по продолжительности и частоте сокращений, а также в сравнении с контролем – не выявлено. Следовательно, внутривенное введение эритромицина у здоровых людей не влияет на продолжительность, частоту и амплитуду волн в ритмическую фазу сократительной активности. Это служит аргументом в пользу использования теста у больных с ХДН и ГПОД, поскольку стимуляция сократительной активности позволяет получить необходимые данные о состоянии двигательного аппарата ТК, как одной из причин формирования ГПОД.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АУСКУЛЬТАЦИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Субботина В.Г., Папшицкая Н.Ю., Огарева М.В.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»

В практической деятельности из физикальных методов исследования врачи используют аускультацию в основном в диагностике заболеваний сердца, легких. Сегодня незаслуженно редко применяют аускультацию органов брюшной полости. Нами были изучены (методом случайной выборки) поликлинические карты 126 больных в возрасте от 40 до 76 лет, только в 5 случаях имелось упоминание об аускультации брюшной полости. Также нами было опрошено 23 врача-терапевта с целью выявления причин не использования аускультации брюшной полости при осмотре больного. Выяснилось, что 11 врачей не используют аускультацию, считая ее не информативной, 7 – сослались на отсутствие времени, 5 врачей помимо причин вышеназванных откровенно указали на недостаточное знание методик аускультации брюшной полости. Чаще всего аускультацию живота проводят для оценки кишечных шумов, забывая о шумах сосудистого происхождения. Однако, систолический шум в эпигастрии не является редкой находкой. Он, в сочетании с пульсацией в этой области, указывает на аневризму верхних отделов аорты, чревного ствола или брыжеечной артерии. При наличии выраженных болей в животе или спине в сочетании с грубым шумом над брюшной аортой можно думать о её разрыве. Систолический шум над правым верхним квадрантом обычно указывает на наличие опухолей печени. Шум трения брюшины над печенью выслушивается у больных с гепатомами, в 10% случаев при метастатических опухолях печени. Гораздо реже они встречаются при диффузных воспалительных процессах (абсцесс, гепатиты). Следует отметить, что этот шум неспецифичен, не позволяет проводить дифференциальный диагноз его генеза. Непрерывный шум в эпигастральной области может встретится у больных с портальной гипертензией, он при форсировании выдоха при проведении пробы Вальсальвы усиливается, указывает на реканализацию пупочных вен. Систолический шум в левом верхнем квадранте может указывать на патологию селезенки (в основном при ее сосудистых аномалиях). Большое значение имеет аускультация почечных сосудов. Появление систолического шума над проекцией почечных артерий свидетельствует об их стенозе, что может явиться причиной артериальной гипертензии. При инфарктах или опухолях печени, селезенки может выслушиваться шум трения брюшины соответственно в правом и левом верхнем квадрантах живота. У больных с большой селезенкой или гораздо чаще с раком поджелудочной железы, сдавливающим селезеночную артерию, также могут выслушиваться сосудистые шумы над селезенкой. Безусловно, проводить аускультацию брюшной полости у всех больных не имеет смысла, но у пациентов, имеющих

вероятность патологии сосудов, почек, печени и селезенки следует проводить обязательно.

МЕСТО ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Субботина В.Г., Папшицкая Н.Ю., Сулковская Л.С., Екимова Л.В.

Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Болезни органов брюшной полости занимают большое место в общей заболеваемости населения. В распознавании их врачи порой встречаются с несравненно большими трудностями, чем при диагностике болезней сердечно-сосудистой системы или органов дыхания. В условиях работы скорой медицинской помощи, поликлинической практики особенно важно знание и хорошее владение методами физического обследования органов брюшной полости.

Сегодня, в век активного внедрения в медицину высоких технологий, методы инструментального и лабораторного исследования, к сожалению, всё больше отдаляют врача от больного. Учитывая технические сложности, дороговизну, трудности выполнения многих гастроэнтерологических инструментальных методов, полное обследование больного не всегда возможно и необходимо, особенно при первичном осмотре пациента. Для выбора направления диагностического поиска врач должен хорошо ориентироваться в многосложной симптоматике заболеваний органов брюшной полости. В этом ему помогают теоретические знания и умение правильно провести физическое исследование органов брюшной полости, в первую очередь пальпацию и перкуссию. Основы физической диагностики заболеваний органов брюшной полости в нашей стране детально разработаны В.П.Образцовым и Н.Д.Стражеско, их учениками и последователями. В настоящее время всё чаще появляются тревожные публикации о неумении поликлинических врачей и даже клинических ординаторов проводить физическое обследование больного. Неумение пальпировать органы брюшной полости приводит к тому, что даже большие опухоли на амбулаторном этапе исследования не диагностируются, что ведёт к диагностическим ошибкам, нередко фатальным.

Проведен анализ работы этого контингента врачей – 143 случая. Оказалось, что при первичном контакте с больным проводят аускультацию сердца и лёгких с достоверными результатами 86% человек, перкуссию и пальпацию 51%. Пальпацию живота проводят при необходимости все врачи. Однако глубокую пальпацию органов брюшной полости методически правильно проводят и отражают в документации лишь около 35% врачей. Лишь единицы врачей владеют методами пальпации селезёнки, почек и несколько лучше пальпируют печень, полагаясь на результаты инструментальных исследований. Подтверждается высказывание Бернарда Лоуна о том, что современный терапевт обычно «верит аппаратуре больше, чем собственным рукам».

Исследования в области образования, молодежной политики и социальной политики в сфере образования

ДВА БЛОКА ЧАСТОТНОГО СЛОВАРЯ: ЗНАЧЕНИЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ

Лесков В.О.

Сибирский федеральный университет

Как бы стремительно ни развивалась наука и техника, основу обучения иностранной терминологии всегда будут составлять словари. Они видоизменяются, перекладываются на компьютерные системы, делятся по тематикам, но по-прежнему представляют собой не что иное, как совокупность терминов и их языковых аналогов. Что касается специализированных словарей, таких например как словарь по медицине или математическому моделированию, они могут быть построены с помощью программных систем, анализирующих тексты. В основе таких систем лежит частотный анализ терминов, и если рассматриваются тексты одной предметной области, то в специализированный словарь входят термины, наиболее часто в них встречающееся.

Методика обучения иностранной лексике посредством построения внутриязыковых ассоциативных полей (ЛСК-методика) требует от словаря иной структуры, а именно наличие лексически связанных компонентов (ЛС-компонентов).

ЛС-компонент = {МЛ-компонент (основная лексема), МЛ-компонент (связанная лексема №1), МЛ-компонент (связанная лексема №2),…} [2]

МЛ-компонент (основная лексема) = {термин яз_1, термин яз_2,..., термин яз_N, частота яз_1, частота яз_2,..., частота яз_N, сочетание 1_яз_1, сочетание 1_яз_2,..., сочетание 2_яз_1, сочетание 2_яз_2,…, сочетание K_яз_N, частота 1_яз_1, частота 1_яз_2,…, частота 2_яз_1, частота 2_яз_2,…, частота K_яз_N}.

Формирование ЛС-компонентов осуществляется с помощью специальных алгоритмов на основе частотных характеристик лексем и лексических сочетаний. В результате действия этих алгоритмов, выделяется некоторое множество ЛС-компонентов, элементы, не вошедшие в это множество, принято называть свободными элементами. Таким образом, в словаре можно выделить два соответствующих блока.

Первый блок содержит лексически связанные компоненты (рис. 1), которые представлены в виде двухуровневых структур данных, где на верхнем уровне находятся основные лексемы (крупный шрифт), на нижнем – связанные и сочетания (мелкий шрифт).

		A		
2	1	accuracy, 47	Genauigkeit, 35 f	точность, 139
15	14	action, 164	Handlung, 90 f	действие, 172
22	21	activity, 10	Aktivität, 4 f	деятельность, 102
25	24	adder, 51	Addierer, 47 m	сумматор, 127
38	37	address, 168	Adresse, 130 f	адрес, 168
51	50	algebra, 86	Algebra, 43 f	алгебра, 34
60	59	algorithm, 169	Algorithmus, 89 m	алгоритм, 126
73	72	analysis, 197	Analyse, 169 f	анализ, 327
74	73	comprehensive, 30	umfassend, 9	всесторонний, 30
75	74	comprehensive analysis, 9	umfassende Analyse, 7 f	комплексный анализ, 23
76	75	expert, 23	Experte, 3 m	эксперт, 55
77	76	expert analysis, 11	Experteranalyse, 9 f	экспертный анализ, 26
78	77	factor, 68	Faktor, 44 m	коэффициент, 47, фактор, 31
79	78	factor analysis, 12	Faktoranalyse, 10 f	факторный анализ, 4
80	79	job, 50	Arbeit, 25 f	работа, 179
81	80	job analysis, 3	Arbeitsanalyse, 9 f	анализ работы, 13
82	81	network, 36	Netzwerk, 13 n	сеть, 9
83	82	network analysis, 9	Netzwerkanalyse, 2 f	сетевой анализ, 14
84	83	qualitative, 2	qualitativ, 6	качественный, 33
86	84	qualitative analysis, 8	qualitative Analyse, 8 f	качественный анализ, 19
86	85	approach, 70	Herangehensweise, 8 f, Methode, 24 f	подход, 60

Рис. 1. *Блок лексически связанных компонентов*

При добавлении во второй блок терминологии первого со ссылками-номерами на соответствующие ЛС-