

2. Критериальный (проверка образовательного минимума на тестовом экзамене). Оценка в зачетную книжку выставляется с учетом успешности выполнения всех трех этапов.

Каковы же преимущества поэтапной аттестации?

1. "Центр тяжести" оценки переносится с экзамена в семестр, что стимулирует слушателей к ритмичной работе, позволяет получить более глубокие и прочные знания.

2. Повышается надежность, предсказуемость и объективность итоговой оценки.

3. Оцениваются практические умения и навыки, что является важной составляющей профессиональной подготовки врачей.

4. Отдельно оценивается умение решать типовые задачи, требующее не только знания теоретических основ, но и умения мыслить логически, анализировать информацию, делать обобщения.

Таким образом, усилия членов экзаменационной комиссии при этом переориентируются на более продуктивный труд: отбор содержания и структурирование учебного материала, разработку, редактирование и рецензирование экзаменационных тестов, разработку заданий междисциплинарного характера, выработку надежных критериев оценки, организацию и проведение тестирования.

Медицинские науки

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Селиверстов П.А., Семененко В.В., Бизенков А.В.
Саратовский Военно-Медицинский Институт

В настоящее время неуклонно увеличивается число больных деструктивным панкреатитом (ДП). Незаслуженно мало внимания уделяется их реабилитации. Выписываясь из хирургического стационара, пациенты нередко получают лишь общие, расплывчатые рекомендации без учета общего состояния, формы и тяжести заболевания, степени нарушения функций различных органов и систем. Бессистемная реабилитация в большинстве случаев оказывается не эффективной и больные вновь поступают в стационар уже с диагнозом «хронический панкреатит».

У большинства больных ДП в течение длительного времени сохраняются нарушения пищеварения различной степени, обусловленные потерей нейрогуморальных взаимосвязей между органами пищеварения и эндокринной недостаточностью поджелудочной железы (ПЖ). В этих условиях ферментозаместительная терапия имеет важное значение для устранения болевого синдрома, расстройств пищеварения и предупреждения прогрессирования фиброзно-дегенеративных изменений в паренхиме ПЖ. Применение микрогранулированных лекарственных форм препаратов ферментов позволяет практически воспроизводить физиологические процессы пищеварения, когда панкреатический сок выделяется порциями в ответ на периодическое поступление пищи из желудка. С ранних фаз ДП развивается антиоксидантная недостаточность организма, локальный и распространенный васкулит. Дегенеративно-дистрофические изменения сосудистых структур прослеживаются на протяжении от 1 месяца до 10 лет после начала заболевания (Луцевич Э.В., 2001). Изменения в системе микроциркуляции приводят к гипоксии и дезэнергизации клеток ПЖ и других внутренних органов, нарастанию процессов дистрофии. Применение антиоксидантов и препаратов, улучшающих кровообращение, при реабилитации больных ДП направлено на коррекцию интенсивности пе-

рекисного окисления липидов и активности эндогенной антиоксидантной системы, улучшение микроциркуляции, что позволяет воспрепятствовать рецидиву некротических изменений в ПЖ и активизировать репаративные процессы. При ДП формируется стойкий вторичный иммунодефицит сложного генеза вследствие грубых нарушений гомеостаза в период прогрессирующей тканевой деструкции. Нарушения в иммунной системе сохраняются в сроки от 1 до 8 месяцев (Данилов М.В., 1995) и могут способствовать хронизации патологического процесса и развитию рецидивов заболевания, что определяет необходимость при реабилитации иммунокорригирующей терапии.

Проведен сравнительный анализ эффективности реабилитации на амбулаторно-поликлиническом этапе 65 больных, перенесших ДП, за период с 2005 по 2007 годы. Из них 44 (67,7%) больных были ранее оперированы. 18 (27,7%) больным выполнены малоинвазивные эндоскопические вмешательства.

У всех больных после выписки из хирургического стационара в той или иной степени отмечались снижение массы тела, диспепсический, болевой синдром, связанный с приемом пищи. По данным ультразвукового исследования у всех больных имелись признаки диффузных изменений ПЖ различной степени выраженности.

Восстановительное лечение проводилось как продолжение реабилитации, начатой на госпитальном этапе, и осуществлялось в течение 3-4 недель.

Выделены две группы больных. В контрольную группу вошли 31 пациент, получавших традиционную схему реабилитации: диету, спазмолитики, анальгетики, Н2-блокаторы, антациды буферного действия, таблетированные препараты панкреатина в стандартных дозировках, физиолечение, психотерапию по показаниям.

Исследуемую группу составили 34 больных, сопоставимых с пациентами контрольной группы по полу, возрасту, тяжести состояния и распространенности патологического процесса. Схема медикаментозной реабилитации у данных пациентов дополнительно включала: церукал (по 1 таблетке 3 раза в день), трентал (по 1 драже 3 раза в день), антиоксидант мексидол (по 0,25 г 2 раза в день). Вместо таб-

летированных препаратов панкреатина применялся полиферментный препарат Креон 10 000, который назначался в зависимости от выраженности клинических проявлений в дозе 1-2 капсулы 3 раза в день во время еды в течение 3-4 недель. В дальнейшем по показаниям, при остаточных расстройствах пищеварения, Креон назначался в суточной дозе 1-2 капсулы. У 13 больных с целью иммунокоррекции использовался иммунофан (по 1 мл 0,005% раствора внутримышечно через сутки, на курс лечения 10 инъекций).

Эффективность реабилитации оценивалась по динамике веса больного, болевого и диспепсического синдромов, данных лабораторных исследований, копрограммы, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Применяемая комплексная медикаментозная терапия позволила повысить эффективность реабилитации больных ДП на амбулаторно-поликлиническом этапе. У пациентов исследуемой группы увеличение массы тела составило в среднем от 1 до 4 кг в течение 3-х недель реабилитации. У всех больных купировались симптомы желудочной и кишечной диспепсии. Нормализация частоты стула и уменьшение метеоризма отмечено в первую неделю лечения. У 32 больных (94,1%) удалось снизить интенсивность болевого синдрома в связи с приемом пищи и расширить диету. У больных данной группы отмечено достоверное снижение уровня печеночных ферментов в крови, уменьшение и приближение к норме эхоплотности ПЖ. В исследуемой группе по сравнению с контрольной количество госпитализаций на одного больного в год было в 3 раза меньше (0,87 и 2,4 соответственно), количество рецидивов заболевания на одного больного в год - в 2 раза меньше (1,7 и 3,1 соответственно), продолжительность нетрудоспособности на одного больного в год - в 1,5 раза меньше ($18 \pm 6,7$ и $31 \pm 8,6$ суток соответственно). Различия достоверны ($p < 0,05$).

Таким образом, реабилитация больных ДП должна быть дифференцированной, комплексной, преемственной на этапах хирургический стационар – поликлиника. Основными патогенетическими направлениями реабилитации являются: создание наиболее оптимальных условий для восстановления функций ПЖ и предупреждение прогрессирования в ней фибрознодегенеративных изменений, восстановление функций органов и систем, нарушенных на этапах острых воспалительных изменений, а также устранение последствий операционной травмы. Медикаментозную терапию необходимо ориентировать на коррекцию нарушений пищеварения, восстановление иммунной и антиоксидантной систем, улучшение кровообращения в органах и тканях. Заместительная ферментная терапия должна быть обязательной составляющей медикаментозных средств реабили-

литации больных ДП независимо от выраженности клинических проявлений экзокринной недостаточности и срока от начала заболевания. Микрогранулированные лекарственные формы имеют преимущество перед таблетированными, являясь препаратами выбора в энзимотерапии. Полноценная комплексная реабилитация при ДП на амбулаторно-поликлиническом этапе позволяет снизить частоту рецидивов заболевания, способствует быстрой нормализации алиментарного статуса, сокращению сроков нетрудоспособности больных и повышению качества их жизни.

ХАРАКТЕРИСТИКА БЕЛКОВ ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ, БЕРЕМЕННОСТЬ КОТОРЫХ ПРОТЕКАЛА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Стольников М.В., Терещенко В.П., Манчук В.Т.

*ГУ НИИ медицинских проблем Севера
СО РАМН, г. Красноярск*

У 42 новорожденных от матерей, беременность которых протекала с артериальной гипертензией, произведено исследование флуоресценции выделенных мембран эритроцитов на спектрофлуориметре марки Hitachi-MPF при длине волны 284 нм, отражающей свечение триптофановых групп белков. Обследованы новорожденные мальчики и девочки первого и четвертого дня постнатальной жизни. В качестве контроля обследовано 40 детей, родившихся от матерей с физиологически протекавшей беременностью.

Выявлено, что в эритроцитарных мембранах новорожденных девочек контрольной группы уже в первые четыре дня жизни прослеживается отчетливая динамика прироста белковых групп, что коррелирует с более ранним приростом массы тела у девочек по сравнению с мальчиками. В то же время следует отметить, что при рождении уровень флуоресценции триптофанилов у девочек ($11,4 \pm 0,7$ ед.фл.) несколько ниже, чем у мальчиков ($12,5 \pm 0,7$ ед.фл.), хотя статически достоверного полового различия нет.

У мальчиков от матерей, беременность которых протекала с артериальной гипертензией, флуоресценция триптофанилов при рождении была достоверно ниже, чем у детей контрольной группы ($10,9 \pm 0,6$ ед.фл. При $12,5 \pm 0,7$ ед.фл. в контроле, $P < 0,05$) и к 4 суткам жизни не изменялась, оставаясь ниже, чем в контрольной группе. У девочек при рождении этот показатель не отличался от контрольного уровня, но к 4 суткам жизни уровень флуоресценции триптофанилов у девочек также становится ниже, чем в контроле.