

Таким чином, слід констатувати, що своєчасне призначення діагностичних заходів щодо виявлення дорентгенологічного АС (МРТ і HLA B-27) приводить до вчасного верифікування діагнозу, що в подальшому дозволить адекватно розпочати лікування і продовжити тривалість працездатності в даній когорті пацієнтів.

Кравченко В.І., Доценко С.Я., Кравченко Т.В., Афанасьєв А.В., Самура Б.Б., Рекалов Д.Г., Токарєнко І.І., Шеховцева Т.Г., Русакова Л.В.

УДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ ВИРОБНИЧОЇ ПРАКТИКИ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАСАД БОЛОНСЬКОГО ПРОЦЕСУ

Запорізький державний медичний університет

Вступ. Болонський процес сьогодні є не тільки стратегією вибору для нашої країни, але і можливістю для молодого покоління отримати вищу освіту на рівні європейських та світових стандартів. У межах Болонського процесу необхідно здійснити на додипломному етапі підготовки лікаря широкого профілю на принципах доказової медицини [1].

Основна частина. Основною метою запровадження кредитно-модульної системи організації навчання є забезпечення студентам можливості навчатися за індивідуальними варіативними частинами освітньо-професійної програми, орієнтованої на конкретні практичні вимоги замовника фахівця з тієї чи іншої галузі. При організації виробничої практики оцінюється початковий рівень умінь та навичок, ставиться завдання їх закріплення і розвитку під час проходження практики, а наприкінці – кінцевий контроль рівня досягнення мети практики.

У зв'язку зі складнощами в забезпеченні лікувально-профілактичних закладів міста молодшим і середнім медичним персоналом та враховуючи прохання УОЗ міської держадміністрації, ми вважаємо за доцільне проходження виробничої практики студентами в літній період.

Проведення практики по догляду за хворими дозволяє студентам об'єднати психологічні, соціальні і духовні аспекти так, щоб пацієнти могли жити якомога продуктивніше. Це вимагає бездоганного виконання професійного і громадянського обов'язку і накладає велику моральну відповідальність на студентів.

Сестринська виробнича практика проводиться послідовно у трьох відділеннях стаціонару – терапевтичному, хірургічному, педіатричному – і представлена трьома модулями. Для забезпечення повноцінного проведення сестринської практики кафедри і відповідні клінічні бази створюють банки методичного забезпечення тренінгу практичних навичок на основі доказової медицини та світових стандартів надання медичної допомоги, обладнуються фантомами, муляжами і тренажерами, що підвищує адаптацію студентів до наступної виробничої практики на старших курсах.

Лікарська виробнича практика студентів 4 курсу проводиться послідовно у чотирьох відділеннях стаціонару – терапевтичному, хірургічному, педіатричному та акушерському – і представлена чотирма модулями. Під час виробничої практики студенти виконують навички, передбачені в освітньо-кваліфікаційній характеристиці.

Приймаючи до уваги скорочення термінів практики на 4 та 5 курсах, вважаємо доцільним активізувати роботу щодо відпрацювання практичних навичок протягом навчального року. Оптимальні умови для проходження практики для студентів створені на базі університетської клініки. Але це тільки невелика частина студентів. Тому існує нагальна потреба створення потужних університетських клінік, які відповідали б європейським стандартам, де повноправно працювали б наші студенти.

Висновок. Освоєння практичних навичок під час виробничої практики дозволяє студентам закріпити знання і навички, отримані при вивченні основних клінічних і теоретичних дисциплін в умовах майбутньої професії, логічно і послідовно поглиблювати і вдосконалювати їх, покращити якість навчання.

Література.

1.Передерій В. Г. Стратегія Євроінтеграційного реформування вищої медичної та фармацевтичної освіти України / В. Г. Передерій // Медична освіта. – 2005. – № 2. – С. 9–11.

УДК 616-002.5+616.98-097:578.828.6)-06:612.017.1

Кравченко Н.С., Окусок О.М., Кицай Л.Г.

СТАН ІМУННОЇ СИСТЕМИ ТА ЕНДОТОКСИКОЗУ У ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ/СНІД

*Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,
КУТОР «Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер».*

Туберкульоз є одним із головних опортуністичних захворювань у людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, та основною причиною смерті таких хворих. Пригнічення імунної системи, зокрема зниження рівня СД₄ клітин, сприяє ендогенній реактивації туберкульозної інфекції. Клінічна картина туберкульозу, вираженість симптомів інтоксикації та ризик прогресування і смерті значною мірою залежить від рівня імуносупресії.

Проаналізовані особливості перебігу ко-інфекції в залежності від стану імунної системи (рівень СД₄ клітин) та ендотоксикозу за допомогою лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ). Показники визначали при поступленні в стаціонар на початку лікування. Серед 79 хворих на туберкульоз в поєднанні із СНІДом переважали чоловіки до 45 років (75,9%). Вперше діагностований туберкульоз був у 64 хворих (81%), інші випадки — у 15 (19%). Виділяли МБТ 50 пацієнтів (63,3%), з них у 9 (18%) встановлена мультирезистентність. У переважній більшості хворих процес був поширений (дисемінована форма, казеозна пневмонія), у 16 пацієнтів (20,2%) одночасно встановлені позалегеневі специфічні ураження. Майже у половини хворих (49,4%) були інші опортуністичні інфекції, найчастіше вірусний менінгоенцефаліт, гепатити В і С.

В результаті комплексного лікування згідно протоколу досягнутовилікування або позитивна клініко-рентгенологічна динаміка у 56 хворих із ко-інфекцією, 23 хворих померли внаслідок прогресування туберкульозу або інших опортуністичних інфекцій. Серед ефективно лікованих хворих рівень СД₄ клітин коливався від 45 кл/мм³ до 966 кл/мм³, серед померлих – від 14 кл/мм³ до 533 кл/мм³. Виражена імуносупресія (СД₄ клітини нижче 50 кл/мм³) частіше були в групі померлих (33,3%) ніж у ефективно лікованих (12,8%). Рівень СД₄ клітин менше 200 кл/мм³ спостерігали відповідно у 60 % і 46,8 % хворих обох груп.

У хворих з ко-інфекцією ЛІІ був підвищений ($3,38 \pm 0,70$), хоча коливався в доволі широкому діапазоні від 0,2 до 26,5 і не завжди корелював з клінічними проявами інтоксикації. Виражений ендотоксикоз спостерігали частіше у хворих, в яких в подальшому наступила смерть, ніж в ефективно лікованих (ЛІІ відповідно $6,66 \pm 1,99$ і $2,02 \pm 0,38$; $p < 0,05$). Високі показники ЛІІ від 10,0 до 26,5 визначали у 6 хворих з летальним наслідком і лише в одному випадку (більше 9,0) ефективно лікованих пацієнтів. У 55,8 % хворих цієї групи ЛІІ був в нормі (до 1,0).

Висновок: ЛІІ в комплексі з клініко-рентгенологічними та імунологічними даними може бути використаний для визначення прогнозу щодо ефективності лікування та життя хворих із ко-інфекцією.