

При наследственных синдромах — МЭН I, МЭН ПА и изолированном семейном гиперпаратиреозе типа 1 и типа 2 — ПГПТ лишь в 12–15 % случаев обусловлен гиперплазией паращитовидных желез, остальные — связаны с доброкачественными и злокачественными опухолями. Все эти состояния наследуются как аутосомно-доминантный признак. Диагностика генетических дефектов, лежащих в основе данной патологии, позволяет оценивать риск заболевания у родственников пациентов и планировать профилактические и лечебные мероприятия.

До конца прошлого века ПГПТ всегда рассматривался, как заболевание, имеющее достаточно яркую клиническую картину, которая проявляется тяжелыми костными деформациями и переломами, рецидивирующим нефролитиазом, поэтому диагностировался поздно, а все пациенты подвергались хирургическому лечению. В 60 % случаев заболевание манифестировало патологией почек, в 25 % — костными нарушениями, и только в 2 % случаев наблюдалась бессимптомная форма.

В последнее десятилетие в ряде стран в алгоритм рутинного обследования было введено определение уровня кальция сыворотки крови, количество малосимптомных и бессимптомных случаев ПГПТ стало возрастать. Было выявлено, что истинная частота ПГПТ в популяции значительно превосходит предполагаемую ранее, вследствие клинических форм со стертой симптоматикой и не сопровождающихся классической высокой гиперкальциемией. В результате, возник вопрос о медицинской и экономической целесообразности проведения облигатного хирургического лечения среди диагностированных пациентов.

В 1990 г. был принят Первый Консенсус о показаниях к хирургическому лечению гиперпаратиреоза, рассматривающий возможность наблюдения и консервативного ведения пациентов с мягкой формой заболевания. Однако, до сих пор в связи с отсутствием полной информации о многообразии клинических проявлений ПГПТ, а также об особенностях его прогрессирования, не достигнуто определенности в критериях классификации заболевания, а также в показаниях к различным методам лечения. Остается не ясным, является ли мягкая форма самостоятельным течением заболевания или это начальная стадия манифестной клинической картины. Ряд исследований также свидетельствует о возможности длительного (практически пожизненного) доброкачественного течения бессимптомного ПГПТ у достаточно большой части пациентов, но вероятность прогрессирования, по результатам ряда авторов, составляет от 23 до 62 % в течение 10 лет.

Таким образом, учитывая высокую медицинскую и экономическую значимость, изучение распространенности, патогенетических и этиологических основ и синдромальной структуры ПГПТ является одним из наиболее актуальных вопросов эндокринологии. Разработка алгоритмов диагностики и лечения пациентов с различными формами позволит определить объемы необходимой и наиболее рациональной высокоспециализированной медицинской помощи, оценить качество и адекватность проводимого лечения.

### **Выводы**

Вариабельность частоты распространенности ПГПТ в различных странах дискуссионна и зависит от уровня диагностики и наличия скрининговых программ.

Первичный гиперпаратиреоз является актуальной проблемой не только в клинической эндокринологии, но и в морфологии, так как в настоящее время не существует четких критериев для дифференциальной диагностики между гиперплазией и аденомой паращитовидной железы, особенно на дооперационном этапе.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Мокрышева, Н. Г. Анализ основных эпидемиологических характеристик первичного гиперпаратиреоза в России / Н. Г. Мокрышева // Проблемы эндокринологии. — 2012. — № 5. — С. 16–20.
2. Новожилова, Е. Н. Первичный гиперпаратиреоз в онкологической клинике / Е. Н. Новожилова // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. — 2012. — Т. 171, № 4. — С. 61–62.
3. Normocalcemic primary hyperparathyroidism: long-term follow-up associated with multiple adenomas / L. Pimental [et al.] // Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia. — 2014. — № 5. — С. 583–586.

**УДК 378:61**

## **ОРГАНИЗАЦИЯ И КОНТРОЛЬ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА**

*Козловский А. А., Козловская М. М.*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Сегодня получение высшего образования, в том числе медицинского, невозможно без внедрения новых педагогических и информационных технологий. Для выполнения образовательных стандартов, типовых программ обучения по разным дисциплинам, включая клинические, необходимо использо-

вание традиционных и современных форм усвоения материала. Это возможно лишь при переходе от информативных методов к инновационным, которые способствуют формированию творческих способностей студентов. Компьютерные тесты, ситуационные задачи, деловые игры, обсуждение диагноза и плана обследования и лечения больных, видеофильмы и презентации на практических занятиях — далеко не полный перечень используемых в образовательном процессе технологий.

Качество подготовки современного специалиста с высшим медицинским образованием, способного выполнять свои профессиональные обязанности в новых условиях, зависит от качества учебного процесса как на теоретических кафедрах, так и на специализированных кафедрах клинического профиля.

Особой частью учебного процесса, на наш взгляд, является лекционный курс. На всех кафедрах нашего университета имеются тексты лекций в машинописном и (или) компьютерном виде. Однако наиболее предпочтительным вариантом является мультимедийная презентация лекций, которая позволяет представить иллюстрационную часть с дальнейшими квалифицированными комментариями, что порой может заменить демонстрацию тематического больного (например, при чтении лекции вне клинической базы). Преимущества лекций заключаются в следующем:

- лекция позволяет за достаточно короткий промежуток времени передать большой аудитории студентов новую информацию, в том числе и ту, к которой по ряду причин ограничен доступ студентов;
- лекция дает возможность преподавателям выстраивать логику содержания темы, объяснять сложные термины, раскрывать механизмы решения проблем, анализировать и показывать связь между различными категориями, концепциями;
- лекция значительно облегчает подготовку студентов (особенно на 1–3 курсах) к семинарским занятиям, так как в конспекте содержится уже хорошо проработанный преподавателем, с использованием различных новейших источников, тематический материал;
- лекция позволяет студенту выстроить систему знаний по изучаемому предмету, структурировать их.

Основа учебного процесса — практическое занятие. Оно состоит из двух частей: контроль теоретической подготовки и отработка практических навыков. Для оценки теоретической подготовки студентов и готовности к практическому занятию должны быть разработаны полные наборы тестовых заданий: входные и тематические тесты, итоговые и зачетные тесты, тесты на выживание знаний.

Входные тесты, как правило, состоят из 10 заданий. Они предлагаются студентам в начале занятия для определения перечня неясных вопросов и уровня подготовки. После проведения теоретического разбора темы в конце занятия студенты решают тематические тесты, состоящие из 15 заданий. Цель этих тестов — контроль усвоения знаний по теме. С помощью итоговых тестов проводится зачетное занятие. Каждый итоговый тест состоит из 30–40 заданий, которые включают в себя вопросы I, II и III уровня сложности и 1–2 ситуационные задачи.

Большое значение имеет формирование клинического мышления. С этой целью на практических занятиях должны широко использоваться ситуационные задачи, основанные на реальных клинических ситуациях. Эти задачи, составленные преподавателем или самими студентами под его руководством, позволяют научиться правильно ставить предварительный диагноз, выработать схемы клинического обследования больного, формулировать клинический диагноз, определять методы оказания как амбулаторной, так и окончательной специализированной помощи. Кроме того, решение ситуационных задач помогает вести предметный разбор темы при отсутствии в отделении необходимых больных.

Развитию и активации творческих способностей студентов с целью совершенствования и углубления знаний и умений способствует самостоятельная работа — организованная преподавателем активная деятельность студентов, направленная на выполнение поставленной цели, осуществляемая без непосредственного руководства преподавателя. Она является важной формой познавательной деятельности, обязательной для каждого студента; ее объем в часах определяется образовательным стандартом и учебными планами.

Исходя из поставленных целей и задач, в процессе обучения используются различные виды самостоятельной работы, которые определяются прежде всего содержанием учебной дисциплины и степенью подготовленности студентов. Создание учебных видеофильмов, изготовление слайдов, схем, создание учебного банка рентгенограмм — все это систематизирует полученные знания, развивает способности к анализу, расширяет кругозор. Наиболее распространено написание рефератов по тематике кафедры. Цель этого вида работы — развитие умения и навыка самостоятельного научного поиска для приобретения необходимой профессиональной подготовки. Студент должен изучить литературу по выбранной теме, осуществить анализ различных источников и точек зрения, обобщить материал, выделить главное, сформулировать выводы и т. д. С помощью рефератов студент глубже постигает наиболее сложные проблемы курса, учится лаконично излагать свои мысли, правильно

оформлять работу, докладывать результаты своего труда. Однако этот вид работы имеет и ряд недостатков. Современные способы сбора информации позволяют студенту быстро составить реферат, просто копируя текст из разных компьютерных источников. При этом некоторые студенты иногда даже не задумываются над содержанием и не считают нужным хотя бы отформатировать работу. Поэтому, предлагая тематику сообщения, преподаватель должен разъяснить требования к выполнению реферата, проверить его и в целях жесткого контроля заслушать на занятии с последующим обсуждением.

В медицинском вузе, на наш взгляд, должен быть такой отличительный вид самостоятельной работы, как вечерние или ночные дежурства в отделениях клинических больниц. Студенты вместе с дежурным врачом и (или) преподавателем осматривают всех вновь поступивших экстренных больных, ставят предварительный диагноз, намечают план обследования больного, обосновывают клинический диагноз, учатся оформлять медицинскую документацию. При необходимости они могут оказать первую врачебную помощь, а также принять участие в диагностических манипуляциях, хирургических операциях. Настоящей школой освоения практических навыков, развивающих клиническое мышление, являются вечерние обходы больных, которые позволяют вести динамическое наблюдение за тяжелообольными и оценить эффективность применяемой терапии.

Для студентов старших курсов полезно проведение учебных патологоанатомических конференций. Преподаватель подбирает интересный тематический случай, назначает из числа студентов лечащего врача, рецензента и врача-патологоанатома, которые готовят историю болезни на разбор. Такие конференции целесообразно проводить совместно с кафедрой патологической анатомии.

Эффективным методом самостоятельной работы студентов является участие в клинических разборах больных, а также этапный разбор тяжелообольного пациента. Это позволяет выработать клиническое мышление будущего специалиста в соответствии с квалификационной характеристикой.

Особое место в профессиональной подготовке студентов занимают организация и проведение курсов по выбору, которые являются результативным способом приобретения знаний по изучаемому предмету, оперативного обновления учебного материала в соответствии с последними достижениями в конкретной области знаний. Кроме того, курсы по выбору на клинических кафедрах — это дополнительная прекрасная возможность углубленного освоения комплекса практических навыков по определенной дисциплине, а также навыков первой врачебной помощи.

В последнее время во многих вузах как способ оценки знаний, умений и навыков получила распространение рейтинговая система контроля знаний студентов, активно влияющая на эффективность учебного процесса. Это одна из самых прогрессивных технологий обучения, позволяющая, с одной стороны, активизировать внутренние мотивационные стимулы студентов к получению качественных систематизированных знаний, с другой — активизировать творческий потенциал кафедр к разработке инновационных форм обучения. Рейтинг — это кумулятивный показатель поэтапной циклической объективизированной оценки деятельности студентов по каждой дисциплине. В системе рейтингового контроля можно выделить стартовый и предметный рейтинг.

Стартовый рейтинг (относится к числу необязательных) — это оценка готовности студентов осваивать материал данной дисциплины по остаточным знаниям базовых дисциплин, изученных ранее; он определяется, как правило, на основе письменной работы и оценивается по десятибалльной шкале.

Предметный рейтинг включает:

- текущий рейтинг — оценка в баллах по десятибалльной шкале текущих занятий (практических, лабораторных, семинарских), проводимых согласно тематическому календарному плану (осуществляется не реже одного раза по трем занятиям);
- рубежный или итоговый рейтинг — оценка рубежных или итоговых занятий, завершающих определенный раздел дисциплины, заканчивающийся сдачей зачета и выставлением оценки («один» — «десять»);
- практический рейтинг — оценка в баллах по десятибалльной шкале практических навыков, осваиваемых студентом при изучении дисциплины;
- самостоятельный рейтинг — оценка в баллах по десятибалльной шкале самостоятельной внеаудиторной работы студента.

Творческий рейтинг — оценка в баллах участия студентов в различных мероприятиях и выполнении заданий, не предусмотренных учебным планом (олимпиада, конкурсы, рефераты, доклады на заседаниях научного кружка, выступления на научных конференциях, публикации в научной печати, подготовка видеоматериалов по дисциплине, таблиц и др.). Работа в студенческом научном кружке учитывается при условии 80 % посещения всех заседаний и выступления с реферативным или научным сообщением.

В основе рейтингового контроля знаний студентов лежат два принципиальных положения. Первое положение — это соответствие количества учебных часов по предмету максимальному количеству

ву баллов, которые может набрать студент. Второе положение — из общей суммы стартового (необязательного), предметного и творческого рейтингов выводится рейтинг студента по дисциплине.

Студент, получивший 91–100 % за рейтинг по дисциплине, освобождается от экзамена по данному предмету с оценкой «десять», 81–90 % — «девять», 71–80 % — «восемь».

Таким образом, на наш взгляд, введение рейтинговой оценки знаний студентов в нашем университете позволит повысить заинтересованность студентов в приобретении новых знаний и качество подготовки специалистов в целом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Маль, Г. С. Педагогический процесс в медицинском вузе, его особенности / Г. С. Маль, М. А. Алыменко, А. В. Шатунова // Управление инновационными процессами обеспечения качества обучения и воспитания в условиях медицинского вуза: материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ. — Курск: КГМУ, 2008. — Т. 1. — С. 146–148.

2. Шатунова, А. А. Среднее профессиональное образование: трудности, задачи и опыт коммуникативного сопровождения / А. А. Шатунова // Возрасты образования: социальное и личностное измерения: материалы науч.-практ. конф. — М.: МГУ им. М. В. Ломоносова, 2013. — С. 71–72.

3. Бугрий, Е. П. Качество образования в высшей школе: проблемы и способы решения / Е. П. Бугрий // Известия Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. — 2008. — № 57. — С. 55–68.

УДК 616.98:578.828НIV:615.281.8

### АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СХЕМЫ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПЕРВОГО РЯДА «ЗИДОВУДИН/ЛАМИВУДИН + ЭФАВИРЕНЦ» У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Козорез Е. И., Тумаш О. Л., Анищенко Е. В.*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### *Введение*

Залогом успеха антиретровирусной терапии (АРТ) являются: максимальная приверженность пациентов лечению, рациональный выбор схемы антиретровирусной терапии с учетом особенностей образа жизни пациента, выбор первоначального режима АРТ с учетом возможности использования в последующем максимального числа антиретровирусных препаратов, учет возможности наличия у пациента устойчивых к лекарствам штаммов ВИЧ [1].

Для оценки эффективности терапии существуют клинические, иммунологические и вирусологические критерии. Критерием иммунологической эффективности служит прирост количества CD-лимфоцитов на 25–50 мкл<sup>-1</sup> через год от начала ВААРТ. Вирусологический критерий выражается в снижении вирусной нагрузки на 0,7–1 log<sub>10</sub> копий/мл через неделю, на 1,5–2 log<sub>10</sub> копий/мл через месяц, снижение ниже 200 копий/мл на 24 неделе и ниже 50 копий на 48 неделе от начала терапии. Клиническая эффективность определяется как отсутствие эпизодов новых оппортунистических инфекций или обострение латентных оппортунистических инфекций через 3 месяца от начала АРТ [2, 3].

Для пациентов, ранее не получавших антиретровирусных препаратов, основные режимы АРТ включают 2 препарата из группы нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ (НИОТ) и один препарат из группы ненуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы ВИЧ (ННИОТ) или из группы ингибиторов протеазы ВИЧ (ИП) [3]. В многочисленных исследованиях была показана высокая эффективность схем АРТ, содержащих в качестве третьего компонента как ННИОТ, так и ИП.

#### *Цель*

Оценка эффективности схемы «зидовудин/ламивудин + эфавиренц» у ВИЧ-инфицированных пациентов Гомельской области, ранее не получавших терапию.

#### *Материал и методы исследования*

В исследование были включены 197 пациентов, из них 122 мужчин и 75 женщин, средний возраст которых составил 33 года. У 116 (58,8 %) больных инфицирование ВИЧ произошло при внутривенном введении наркотических средств, у 78 (39,7 %) — при сексуальных контактах, у 3 (1,5 %) — путь не уточнен. В соответствии с классификацией ВИЧ-инфекции у взрослых, предложенной CDC (США) в 1993 г., на начало терапии в стадии А2 находилось 8 пациентов, А3 — 8, В1 — 1, В2 — 49, В3 — 60, С1 — 3, С2 — 16 и С3 — 52.

Показанием к началу АРТ явились или клинические симптомы СПИДа, или иммуносупрессия (количество CD4+ клеток менее 350 в мкл).

#### *Результаты исследования и их обсуждение*

Из 197 пациентов Гомельской области, получающих схему «зидовудин/ламивудин (GSK) + эфавиренц (EFV, Cipla)», в течение 1–12 недель от начала применения, отказались от лечения 11 (5,6 %) боль-