

Діагностика ННГМ при даній патології в ранній термін ґрунтується на клінічній картині з вираженим менингеальним (порушення свідомості, менингеальні ознаки, головний біль, блювота, гіперестезія), інтоксикаційним та енцефалітичним (патологічні рефлексії, страбізм, анізокорія, мідріаз, симптоми пірамідної недостатності кінцівок) синдромами. У термінальному періоді спостерігається вклинення стовбура мозку в великий потиличний отвір, що проявляється, в першу чергу, поглибленням порушення рівня свідомості, також тахікардією, падінням артеріального тиску, порушенням ритму дихання та його зупинкою.

В останні роки фахівці спостерігають зміну клінічної картини бактерійних менингітів та менингоенцефалітів з частішим розвитком ННГМ та, як наслідок, зростання летальності. Тому збільшується небезпечність діагностичних помилок як серед досвідчених лікарів, так і молодих спеціалістів, що необхідно враховувати при підготовці лікарів-інтернів.

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ТОКСОПЛАЗМОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ОСІБ

Козько В.М., Соломенник Г.О., Могиленець О.І.

Токсоплазмоз – протозойна зоонозна інфекція, що має переважно безсимптомний перебіг. Однак на тлі імунodefіциту вона може проявлятися як клінічно виражена хвороба. Серед уражень центральної нервової системи (ЦНС) при ВІЛ-інфекції особливе місце посідає церебральний токсоплазмоз, якому притаманна не тільки широка поширеність, але й можливість успішного лікування.

Зниження кількості CD4-лімфоцитів до 100 кл/мкл і нижче може призводити до виникнення дисемінованого токсоплазмозу з проявами енцефаліту та ураженнями очей, легенів, міокарду, лімфатичних вузлів, печінки та ін. Вони майже завжди супроводжуються симптомами генералізованого процесу: високою температурою, ознаками сепсису або септичного шоку з ДВЗ-синдромом, мультиорганими ураженнями, порушеннями психіки.

Токсоплазмозний енцефаліт зазвичай розвивається внаслідок реактивації латентної інфекції. Він може протікати з вогнищевими (геміпарез, геміплегія, мозочковий тремор, звуження поля зору, афазія, різкі головні болі, судоми) або дифузними (слабкість, дезорієнтація, гострий психоз, сплутаність свідомості, кома) ураженнями. Пневмонія – характерне органне ураження у хворих на СНІД, які інфіковані токсоплазмою. З'являється лихоманка, непродуктивний кашель, швидко розвивається дихальна недостатність. Рентгенологічно-двобічні інтерстиціальні інфільтрати, іноді з прикореневою аденопатією.

Ураження органу зору проявляється як вогнищевий некротизуючий хоріоретиніт, іноді в поєднанні з васкулітом і папілітом. Воно може передувати або поєднуватись з ураженням ЦНС. При офтальмоскопічному

обстеженні виявляються одно- або двобічні вогнищеві або дифузні некрози і крововиливи.

Для діагностики токсоплазмозу при ВІЛ-інфекції достатньо виявити титру антитіл IgG у сироватці крові хворих.

Важливу роль у діагностиці токсоплазмозового енцефаліту відіграють комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія. Практично в усіх хворих візуалізується набряк головного мозку, відзначається наявність контрастного підсилення некротичних вогнищ. Як правило, вони множинні, знаходяться в базальних гангліях, білій речовині мозку.

Для лікування токсоплазмозу застосовують піриметамін за схемою у поєднанні з сульфадіазиним та фолієвою кислотою. Тривалість лікування складає 6–8 тижнів. Замість сульфадіазину може бути використаний один з антибіотиків (кліндаміцин, азитроміцин, кларитроміцин) або атоваквон.

Надалі хворому призначають вторинну профілактику за тією ж схемою, але з половинними дозами препаратів та продовжують її до стійкого підвищення CD4+ вище 200 кл/мкл протягом 3 місяців.

МЕТОДИЧНІ ТА ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Кравчун П.Г., Борзова О.Ю., Ломакіна О.В.,
Шумова Н.В., Тучинська М.А., Добровольська І.М.

Одним з основних напрямків реформування терапевтичної допомоги населенню України є розв'язання конкретних задач – створення навчальних планів і програм підготовки лікарів-інтернів терапевтичного профілю на різних етапах навчання: медичний інститут – інтернатура – післядипломна підготовка [1].

Кафедра внутрішньої медицини №2, клінічної імунології і алергології протягом багатьох років бере участь у підготовці лікарів-терапевтів, зокрема на базі Харківської міської клінічної лікарні №27 здійснюється післядипломна практика лікарів-інтернів терапевтів.

За цей час на кафедрі накопичено великий досвід вирішення методичних і психолого-педагогічних проблем, які виникають при підготовці лікарів-інтернів та вимагають свого практичного вирішення. Найважливішим і водночас найскладнішим питанням є психолого-педагогічна мотивація навчання, яка передбачає знання терапії, формування вмінь і засвоєння практичних навичок з таких розділів терапії, як кардіологія, гастроентерологія, пульмонологія, ревматологія, алергологія та невідкладна допомога.

Курс терапії є одним з провідних розділів медицини і, при навчанні в очній інтернатурі, складається з трьох напрямків: теоретичного курсу, засвоєння навичок і умінь, контролю теоретичних знань та практичних навичок і умінь [2].