

що при складанні типового навчального плану й програми з інтернатури є певні недоліки.

Найбільш істотним недоліком типового навчального плану вважаємо виділення надмірної кількості годин для лекцій на шкоду часу для семінарських і практичних занять, тому що лекція в порівнянні з останніми є більш пасивною формою засвоєння матеріалу. Щоб уникнути начитування, треба доцільно скоротити лекційний час в 2–3 рази, відповідно збільшити його на семінари й практичні заняття.

У періоди очної підготовки необхідно більше уваги приділяти конкретному аналізу етіології, патогенезу, клінічних проявів, соціально-трудової реадaptaції й профілактики як типових, так й атипичних випадків психічних захворювань та аномальних форм поведінки хворих, що перебувають у стаціонарі. Це може бути здійснене в процесі максимально частих і детальних клінічних розборів й обходів, шляхом аналізу анамнестичних відомостей, даних оглядів хворих іншими фахівцями.

Невдалий розподіл часу для роботи в різних відділеннях бази стажування, тому що тривалість перебування багатьох хворих на стаціонарному лікуванні значно більше, ніж час стажування інтерна. Отже, як правило, він не зможе прокурувати хворого від початку до кінця лікування. Це стосується періодів очної й заочної форм навчання. Необхідно також удосконалити систему навчання інтернів на суміжних циклах, на кафедрах та базах стажування іншого профілю. Недостатня узгодженість планів практичних занять, семінарів і лекцій негативно позначається на якості підготовки інтернів та оволодіння ними практичними навичками.

З огляду на усе вищесказане, вважаємо за необхідне порушити питання про збільшення штатів кураторів, уніфікацію форм навчання інтернів і документації.

НАБРЯК-НАБУХАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ПРИ БАКТЕРІЙНИХ УРАЖЕННЯХ ЦНС У ПРАКТИЦІ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Козько В.М., Загороднева О.В., Винокурова О.М., Гаврилов А.В.

На сьогодні захворюваність центральної нервової системи (ЦНС) інфекційної природи є серйозною клінічною проблемою, яка потребує значних зусиль з боку лікарів для удосконалення якості та ефективності терапії, тому що посідає друге місце серед причин первинної інвалідизації населення, поступаючись лише судинній патології головного мозку. У цьому аспекті найактуальнішими є гострі менінгіти та менінгоенцефаліти, які зумовлені бактерійними та вірусними агентами. У структурі ускладнень при бактерійних ураженнях ЦНС провідне місце за частотою та тяжкістю посідає набряк-набухання головного мозку (ННГМ), який, за нашими даними та дослідженнями інших фахівців, є причиною смерті у 60% від усіх випадків захворювання.

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