

деляется основная тема текста; 4) проводится смысловой анализ текста с целью выделения абзацев, содержащих информацию, которая раскрывает основную тему; 5) перечитываются абзацы, вызвавшие трудность в понимании; 6) распределяется весь материал статьи на три группы по степени его важности: а) выделение наиболее важных сообщений, требующих точного отражения при реферировании текста; б) выделение второстепенной информации, которую следует передать в сокращенном виде; в) выделение малозначительной информации, которую можно опустить; 7) определяется ключевая мысль каждого абзаца; таким образом, составляется логический план текста [1].

В тексте реферата не должно быть повторений и общих фраз. Исключается использование прямой речи и диалогов. Для языка реферирования свойственно использование определенных грамматико-стилистических средств: простые законченные предложения, безличные и неопределенно-личные предложения, причастные обороты, страдательный залог, инфинитив и т.д. Все это способствует быстрому восприятию реферата.

Конечная цель, к которой необходимо стремиться в процессе обучения реферированию – это умение бегло прочитать и передать основное содержание, прочитанной статьи на английском языке без помощи словаря.

Данный вид речевой деятельности способствует личностному росту обучаемых, расширяет их кругозор, обогащает их словарный запас научно-популярной, научно-технической и специальной лексикой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Басова, Е.В. Об обучении реферированию иностранной научной литературы / Е.В. Басова // Вопросы методики преподавания в вузе. Выпуск 9. – СПб.: Нестор, 2006. – С. 83-85.
2. Вейзе, А.А. Чтение, реферирование и аннотирование иностранных текстов / А.А. Вейзе – М.: Высшая школа, 1985. – 198 с.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ОТИТОМ

**Головач Е.Н., Хоров О.Г., Ракова С.Н., Бушма А.Л.,
Максимович А.А.**

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность: по данным литературы в 20-35% случаев (а в некоторых источниках и до 43%) в отдаленном послеоперационном периоде отмечается ухудшение полученного ранее морфологического и функционального результатов. Причинами ухудшения результатов в отдаленном послеоперационном периоде являются ретракционные изменения лоскута связанные с нарушением вентиляции структур среднего уха, которые могут приводит к возникновению повторных перфораций [1, 2, 3].

Цель: оценить функциональный результат оперативного лечения пациентов с хроническим отитом в раннем и отдаленном послеоперационном периодах.

Материалы: под нашим наблюдением находилось 32 пациента (34 единицы наблюдения, у 2 пациентов был двусторонний процесс) с хроническим гнойным средним отитом: эпитимпано-антральный – 19 (55,88%) единиц наблюдения, туботимпанальный – 13 (38,24%), адгезивная болезнь среднего уха - 1 (2,94%), атрезия НСП – 1 (2,94%). Среди них пациентов женского пола было 15 (46,87%), мужского - 17 (53,13%). Средний возраст составил $28 \pm 0,3$ года. Аттикоантромия с тимпанопластикой закрытого типа выполнялась в 33 (97,06%) случаях, а меатотимпанопластика закрытого типа – 1 (2,94%).

Для оценки функционального результата операции и исследования динамики слуховой функции в различные сроки после операции нами были изучены пороги воздушного и костного звукопроведения, а также величины костно-воздушного интервала. С этой целью пациенты приглашались в клинику через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после операции, где им выполнялась акуметрия, тональная пороговая аудиометрия. Более подробные результаты исследований приведены в таблице 1.

Таблица – 1 Показатели слуховой функции у пациентов с ХГСО в различные сроки наблюдения в зоне речевых частот 500-4000 Гц.

Показатели слуховой функции	До операции n-33	1 мес. n-33	3 мес. n-33	6 мес. n-33	9 мес. n-33	12 мес. n-33
Воздушная проводимость	37,45	31,12	31,12	23,82	22,35	21,15
Костная проводимость	6,21	7,24	6,68	6,47	6,17	6,16
Костно-воздушный интервал	31,24	23,88	24,44	17,35	16,18	14,97

Приведенные в таблице 1 данные свидетельствуют о снижении порогов воздушной проводимости во все сроки наблюдения после операции и сокращении костно-воздушного разрыва с дооперационного 31,24 дБ до 23,88 дБ через 1мес и до 14,97 через 1 год после операции.

Пороги костной проводимости в данном частотном диапазоне практически не изменились.

Также проводилось исследование по изучению изменения количества пациентов с социально адекватным слухом (табл.2).

Таблица - 2 Количество единиц наблюдения с социально-адекватным уровнем слуха (частоты 500-200 Гц).

Число пациентов с социально-адекватным уровнем слуха	Абс.	%	Всего	P
До операции	16	48,5	33	
1 мес. после операции	23	69,7	33	< 0,05
3 мес. после операции	25	75,8	33	< 0,05
6мес. после операции	27	81,8	33	< 0,05
9 мес. после операции	26	78,9	33	< 0,05
12 мес. и более после операции	27	81,8	33	< 0,05

Как видно из таблицы 2 через 1 месяц после операции количество пациентов с социально-адекватным уровнем слуха возросло с 48,5% пациентов до 81,8% через 6 мес. И оставалось стабильным в течение 1 года. Увеличение количества пациентов с социально-адекватным уровнем слуха во все сроки наблюдения после операции оказалось достоверным ($P < 0,05$ критерий Вилкоксона).

Выводы: использование хрящевых пластин с насечками и костно-кровоной массы для формирования закрытой системы среднего уха позволяет сформировать стенки неотимпанальной полости и неотимпанальную мембрану, способствует сохранению путей вентиляции в среднем ухе для всей неотимпанальной системы, что является важным аспектом в предупреждении возникновения ретракционного процесса в послеоперационном периоде и сохранению слуховой функции пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисенко, О.Н. Хирургические приемы по предупреждению рецидива холестеатомы при тимпанопластике по «закрытому» варианту / О.Н. Борисенко // - Журнал ушных, носовых и горловых болезней. - 1999. - № 3. – С. 11-16.
2. Крюков, А.И. Современные аспекты лечения больных хроническим гнойным средним отитом в детском возрасте / А.И. Крюков, А.Ю. Ивойлов // Наука и практика в оториноларингологии: материалы 7 Всероссийской науч.-практ. конф., Москва, 2009 г. / Российский гос. мед. ун-т; редкол.: Пальчун В.Т. [и др.]. - Москва, 2009. – С. 99-100.
3. Меланьин, В.Д. Формирование полости среднего уха при первичной тимпанопластике / В.Д. Меланьин, О.Г. Хоров // - Вестн. оториноларингологии. – 1999. - № 4. – С. 46-47.

НОВОЕ ПРОИЗВОДНОЕ ОКСИДЕКАГИДРОХИНОЛИНА, ОБЛАДАЮЩЕЕ ПРОТИВОАРИТМИЧЕСКОЙ И МЕСТНОАНЕСТЕЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ

¹В.В. Гончарук, ¹А.Л. Бубен, ¹П.Б. Станкевич, ²Г.М. Бронская, ¹В.П. Вдовиченко

¹- УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²- УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Существует ряд работ, посвящённых исследованию противоаритмической активности производных декагидрохинолина и связи этих свойств с химической структурой и пространственной ориентацией [1, 2]. Активно изучалась местноанестезирующая активность декагидрохинолинов и её зависимость от химической и пространственной структуры соединений [3, 4]. В этой связи актуальность поиска новых противоаритмических средств, а также средств, обладающих местноанестезирующей активностью именно среди декагидрохинолиновых производных, несомненна.

Цель – определение противоаритмической и местноанестезирующей активности производного декагидрохинолина ФАВ-68.

Объект исследования – новое производное декагидрохинолина, синтезированное в АО «Институт химических наук им. А.Б. Бектурова», Казахстан. Данному соединению был присвоен лабораторный шифр