

лексика: тематическая; эмоционально-оценочная, включающая позитивно-оценочную и негативно-оценочную лексику, которая выражает одобрение или неодобрение мнения того или иного участника беседы (несогласие, отрицание, опровержение точки зрения собеседника, сомнение, неуверенность, в правильности того или иного мнения); модально-оценочная лексика, которая необходима для оформления вывода.

Во время беседы студенты должны использовать пройденный ранее материал.

Естественному характеру беседы способствует формирование исследовательских связей. Например, при чтении или пересказе текста можно предложить учащимся рассказать что-нибудь аналогичное по смыслу, дать оценку, сделать вывод. Обычно беседа обобщает работу по теме.

Очень важно, чтобы все учащиеся принимали участие в беседе. Индивидуальность учащихся раскрывается в речевом поведении. Преподаватель стимулирует работу студентов, предлагая им новые задания и интересные вопросы.

В связи с этим необходимо затронуть проблему мотивации. Мотив учебной деятельности рассматривается в психологии «как система побудителей, которая включает цели, потребности, интересы, эмоции обучаемого, связанные с этой деятельностью». Введение тематических бесед, дискуссий в процессе обучения формирует мотивацию и «положительную валентность», а также «помогает решить одну из актуальных проблем - объединение рационального и эмоционального в обучении, т.е. соединить осознание необходимости изучения предмета с высоким уровнем положительной мотивации».

Тематическая беседа – это одна из форм работы, которая направлена на развитие устной речи. Она стимулирует спонтанные высказывания, помогает аргументировать свою точку зрения и делать необходимые выводы.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛАПСА ТАЗОВЫХ ОРГАНОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АЛЛОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Батаев С.А.¹, Жандаров К.Н., Пакульневич Ю.Ф.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Тазовый пролапс и такое его частное проявление как ректоцеле, остается одной из наиболее актуальных проблем современной хирургической колопроктологии. Это связано с высокой частотой заболевания, которое по данным различных авторов встречается у 28 - 50,7% женщин [3]. Несмотря на то, что данная патология легко диагностируется, и непосредственно не угрожает

жизни больной, но, как правило, ведет к анатомической и функциональной недостаточности органов малого таза у женщин и при этом часто сочетается со стрессовым недержанием мочи, а также кишечными дисфункциями [1, 3]. Клинические симптомы ПТО приносят женщинам физические и моральные страдания, снижают трудоспособность, сексуальную активность, влияют на качество жизни [3].

В настоящее время описано огромное количество методов хирургического лечения тазового пролапса, не смотря на это, частота рецидива остаётся значительно высокой, по данным различных источников от 7% до 30% [2, 3].

Высоким остаётся и количество осложнений хирургического лечения. С широким внедрением высокотехнологических методов, с применением лапароскопической техники, и применение различных синтетических материалов для восстановления анатомической целостности промежности приводит к специфичности некоторых осложнений, которые, зачастую, требуют повторных оперативных вмешательств [3].

Цель. Диагностика и анализ осложнений, возникших после выполненных вмешательств по поводу коррекции пролапса тазового пролапса, по разработанной кафедрой методике.

Методы исследования. За период времени с сентября 2010 года по март 2015 года на базе проктологического отделения (отделения гнойной хирургии) УЗ «ГОКБ» были обследованы и прооперированы 36 пациентов с различными видами пролапса тазовых органов.

Предварительный анализ выявил 2 осложнения у двух пациентов. Что составило 5.5% от всего числа прооперированных пациентов.

У одной пациентки произошла эрозия задней стенки влагалища с миграцией дистальной части протеза во просвет влагалища. Лечение данной пациентки не потребовало дополнительного хирургического вмешательства. Произведено иссечение выступающей части протеза, с последующими перевязками с асептическими растворами и мазью Меколь. Раневой дефект задней стенки влагалища зажит вторичным натяжением. Полной эксплантации протеза не потребовалось.

В другом случае произошло эрозирование передней стенки прямой кишки с формированием в отдалённом периоде хронического свища прямой кишки. Пациентка была оперирована: промежностным доступом был иссечен параректальный свищ с эксплантацией синтетического протеза. В послеоперационном периоде рана зажита вторично. В проекции п/о рубца в дальнейшем

повторно сформировался параректальный свищ который не имел чёткой связи с просветом прямой кишки, купирован консервативно.

Результаты и выводы. При предварительной оценке полученных результатов, в том числе и с помощью использования опросников оценки качества жизни, после коррекции ПТО методом лапароскопической ректокольпосакропексии частота осложнений не превышает, по некоторым данным даже меньше чем при других методах хирургического лечения.

Литература

1. Bruce G. Wolff, James W. Fleshman, The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, Springer Science, Business Media, 2007.
2. Corman, Marvin L., Colon and Rectal Surgery, 5th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2005
3. Куликовский В.Ф., Тазовый пролапс у женщин, / Куликовский В.Ф., Олейник Н.В., Даченко Б.М., - ГЭОТАР-Медиа, 2008 г.

СВЯЗЬ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С МИКРОБНОЙ ОБСЕМЕНЁННОСТЬЮ НЕПОРАЖЁННЫХ УЧАСТКОВ КОЖИ И ПОВЕРХНОСТИ МИНДАЛИН У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

***Бедин П.Г., Ляликов С.А., Новомлинова Л.В., Некрашевич Т.В.,
Бородавко П.Н.***

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
ГУ «Гродненский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного
здоровья»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. По данным Всемирной аллергологической организации атопический дерматит (АД) является наиболее частым воспалительным заболеванием кожи [3]. Роль золотистого стафилококка в этиопатогенезе АД широко обсуждается в литературе. Так же известно, что носительство *S. aureus* на слизистой верхних дыхательных путей широко распространено среди здоровых детей. К моменту выписки из роддома практически все дети являются носителями золотистого стафилококка. *S. aureus* колонизирует не только поражённую, но и непоражённую кожу, т.е. может быть компонентом нормальной микрофлоры. Однако обсеменённость поражённой кожи последним значительно выше. Так с кожи более 90% больных АД удалось выделить *S. aureus* без признаков инфицирования даже в титре $1 \cdot 10^7$. Затем было выяснено, что почти у половины лиц, больных АД, в крови обнаруживались антитела класса Е к токсинам [2], а в случаях тяжёлого течения – и к компонентам клеточной стенки [1]. При локализованных формах АД у большинства детей наоборот не наблюдалось значимого нарастания титра антистафилококковых антител. Это определило цель нашей работы – изучить связь выделения золотистого стафилококка с миндалин, непоражённой кожи и сочетанного выделения с указан-