

Анализируя процесс формирования информационной культуры инженера, было установлено, что она включает в себя следующие компоненты:

1. Когнитивный;
2. Функциональный;
3. Коммуникативный;
4. Целостно-рефлексивный;
5. Этический;
6. Психологический;
7. Эмоционально-эстетический.

Исследования по проблеме формирования информационной культуры инженера показали, что необходимы меры, затрагивающие методологическую и методическую стороны образования. В связи с этим особую важность приобретает выбор приоритетности категорий “как учить” и “чему учить”.

Представляя собой сложную многофункциональную структуру, состоящую из находящихся в непрерывном динамическом развитии и взаимодействии компонентов, информационная культура инженера не может быть качественно сформирована посредством одной или нескольких дисциплин, а требует организации системы непрерывной подготовки.

Данная система позволяет устранить несоответствие в требованиях к подготовке будущих специалистов в области информационных технологий и обеспечить рациональную, отвечающую требованиям современной науки и техники, подготовку инженеров,

владеющих эффективными методами применения компьютерных систем в рамках своей профессиональной деятельности.

Основным принципом при построении системы непрерывного обучения в области информационных технологий является согласование содержания информационной составляющей в разных дисциплинах и обеспечение преемственности на всех уровнях обучения.

Методики обучения с внедрением непрерывной информационной составляющей позволяют изучать учебные дисциплины в необходимом студенту темпе, что особенно важно при различной средней базовой подготовке студентов, а также позволяют создать целостную систему синергетических знаний с усилением междисциплинарного контекста.

Все это позволяет поставить учебный процесс на четкую системно-дидактическую платформу, ориентирует разработчиков методических и программно-информационных средств поддержки учебного процесса по конкретным учебным дисциплинам на создание не отдельных фрагментов, а комплексов, обеспечивающих необходимый уровень подготовки конкурентоспособного специалиста.

Проблема формирования информационной культуры в высшей школе, важная задача современной педагогики в условиях становления информационного общества.

Медицинские технологии

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Базлов С.Б.

*Кубанский государственный
медицинский университет,
Краснодар*

Наблюдали 37 пациентов с трофическими язвами нижних конечностей, обусловленных ХВН и несостоятельностью перфорантных вен голени на фоне сахарного диабета. Средняя длительность заболевания составила $27,4 \pm 4,3$ года. Возраст больных колебался от 36 до 67 лет и в среднем составил $53, 8 \pm 3,7$ года. У всех пациентов отмечены выраженные трофические кожные проявления при наличии активной трофической язвы (СЕАР 6), а также воспалительные изменения в периульцерозных тканях с общеклиническими признаками воспаления и синдромом эндогенной интоксикации. Морфология раневого мазка отражала воспалительно-дегенеративный тип цитограммы. Для исключения артериальной патологии и подтверждения диагноза венозной язвы всем больным выполнялась ультразвуковая доплерография с цветным доплеровским картированием и определением лодыжечно-плечевого индекса. Это позволяло осуществить точную топическую диагностику перфорантных пучков, особенно в окружности язвы и подтвер-

дить преимущественно ее венозную этиологию. ЛПИ в среднем составил $0,76 \pm 0,03$. ТсР_{О₂} на уровне нижней трети голени – $37,5 \pm 1,3$ мм.рт.ст. При необходимости выполнялась ретроградная бедренная флебография. Во всех наблюдениях выполнялась биопсия для исключения плоскоклеточного рака и базальноклеточной эпителиомы. С целью купирования воспалительного процесса в периульцерозных тканях в комплексе лечения всем больным проводили эндолимфатическую антибиотикотерапию в течение 5-7 дней и консервативное лечение, включающее, помимо коррекции гликемии, низкомолекулярный гепарин, микронизированную очищенную фракцию флавоноидов и дезагреганты. Это позволило в указанные сроки полностью купировать воспалительные изменения мягких тканей голени. Морфология тканевого мазка отражала воспалительно-регенеративный тип цитограммы.

Выбор операционного доступа зависел от протяженности трофических расстройств и локализации недостаточных перфорантных вен. Использовали медиальный и латеральный доступы для диссекции перфорантных вен по внутренней и наружной поверхности голени, отступая на 4-5 см от границы трофических расстройств. В среднем за операцию пересекалось от 6 до 14 перфорантных вен. После завершения эндоскопического этапа выполняли комбинированную флебэктомию по Бэбкоку-Нарату. Послеоперационные осложнения отмечены у 2 (5,4%) больных в виде гематомы у 1 (2,7%) пациента и лимфорреи в 1

(2,7%) наблюдении. У одной больной выполнена ампутация на уровне верхней трети голени в связи с прогрессированием гнойно-некротического процесса и нарастанием болевого синдрома. В 9 (24,3%) случаях удалось добиться эпителизации язва на 12-17 сутки лечения. В остальных наблюдениях язвенный дефект удалось полностью закрыть различными методами свободной кожной пластики. Средняя продолжительность лечения составила $27 \pm 5,2$ дня. Через 3 месяца после операции осмотрены 25 (67,6%) больных. Рецидива язв не выявлено.

Эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени позволяет проводить коррекцию несостоятельных перфорантных вен при любых формах ХВН на фоне сахарного диабета и возможна у пациентов с открытыми трофическими язвами, являющимися противопоказанием к традиционным методам лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ «CERASORB» ДЛЯ ЗАКРЫТИЯ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ

Бочарова И.Г., Лазарев А.И.

*Курский государственный медицинский университет,
Курск*

В практике стоматолога-хирурга часто встречается прободение верхнечелюстной пазухи после удаления больших коренных зубов с последующим развитием хронического гайморита, на долю которых приходится от 41,2-77,2%. При обнаружении сообщения пазухи с лункой удаленного зуба используют различные методы лечения. К ним относятся: ушивание лунки удаленного зуба местными тканями, тампонада устья лунки йодоформной турундой или введение в нее различных паст, например, тромбокол, конусы с антибиотиками, использование резорбируемых мембран и др. Каждый из методов имеет свои недостатки, что заставляет клиницистов искать новые пути решения задачи. Так, при чрезмерном натяжении лоскута швы могут прорезаться, йодоформная турунда быстро пропитывается пищей, инфицируется, постоянно требует специального ухода и не всегда надежно выполняет защитную функцию.

Учитывая вышеописанное, мы использовали у 12 пациентов с целью пластического закрытия оронального сообщения искусственно синтезированный препарат «CERASORB®», производимый фирмой «Curasan AG» (ФРГ).

CERASORB® - это имплантируемая, полностью рассасывающаяся, (3-трикальциевофосфатная керамика в виде гранулята, используемая для заполнения или восстановления послеоперационных дефектов костной ткани.

CERASORB®, представляющий собой Р-трикальциевый фосфат, является биосовместимым. Его использование на поверхности или внутри кости не вызывает ни воспалительных процессов, ни иммунных защитных реакций. CERASORB® биоактивен: при контакте с витальной естественной костью, ее остеоны прорастают вокруг и внутрь гранул. В результате этого на CERASORB® происходит наращивание новой кости.

Микропоры гранулята обладают интерконnectирующим свойствами. Равномерная и неизменная пористая структура гранул достигается за счет специального способа изготовления. Как правило, через несколько месяцев гранулят рассасывается в организме человека. В это же время происходит прорастание остеонов в полости, внутри и вокруг гранул, а также образуется новая костная матрица. Таким образом, CERASORB® ведет себя остеокондуктивно, образуя идеальный каркас для разрастающейся сети остеобластов.

В зависимости от размера костного дефекта, CERASORB® может помещаться прямо в очищенную, свежесквозоточающую полость. Но, все же, перед использованием рекомендуется сначала смешать CERASORB® с аутологичной кровью пациента, взятой из области костного дефекта, с помощью стерильного инструмента. Это обосновывается следующим:

а) Смесь гранулята CERASORB® с кровью пациента, взятой из области костного дефекта, дает вязкую пасту, которая очень хорошо формируется и легко размещается в полости.

б) Кровь пациента, взятая из области костного дефекта содержит в себе факторы роста, а также костеобразовательные клетки. Факторы роста, высвобожденные из активированных тромбоцитов, способствуют ангиогенезу (образованию новых костных клеток), стимулируя тем самым заживление раны и регенерацию кости.

Таким образом, наш практический опыт показал, что CERASORB мембраны может успешно использоваться для устранения перфораций верхнечелюстного синуса. Метод технически прост, что позволяет рекомендовать его применение в клинической практике рядового стоматолога.

СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Винник Ю.С., Петрушко С.И., Миллер С.В., Таксанова Л.М., Попов Д.В., Балахонов В.В., Колесницкий О.А., Картель М.С., Мочалов А.А.

*КрасГМА, кафедра общей хирургии,
городской центр гемостаза,
Красноярск*

По данным ВОЗ 6-10% взрослого населения страдают язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, при этом в 2-3 раза увеличилось количество urgentных пособий при прободных и кровоточащих язвах.

Цель: исследовать вероятность возникновения повторного язвенного кровотечения.

Материалы: за 2004год нами был обследован 161 больной с осложнённой язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), из них 104 пациента с желудочно-кишечным кровотечением.

Методы: мы определяли следующие показатели гемостаза: уровень тромбоцитов, фибриногена, протромбиновый индекс (ПТИ), активированное частич-