

бинантный, содержащий два антигена CFP-10 и ESAT-6, присутствующие в вирулентных штаммах МБТ и отсутствующие в вакцинном штамме БЦЖ. Это дает возможность предполагать, что Диаскинтест является высокоспецифичным для туберкулезной инфекции.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку результатов пробы Манту 2ТЕ и Диаскинтеста у детей и подростков с активным туберкулезом органов дыхания.

Материалы и методы исследования. Обследован 71 больной в возрасте от 1 года до 17 лет. Всем пациентам выполняли комплексное клиничко-рентгенологическое обследование, включающее клинический анализ крови, мочи, исследование функции печени, ЭКГ, 3-кратное исследование мокроты (промывных вод бронхов) на МБТ методом микроскопии и посева на плотные и жидкие питательные среды, использовался молекулярно-генетический метод, рентгено-томографическое исследование, при необходимости компьютерная томография органов грудной клетки, проба Манту 2 ТЕ ППД-Л, Диаскинтест, в показанных случаях выполнялась фибробронхоскопия. Диагноз основывался на аналитическом сопоставлении анамнестических, клинических эпидемиологических данных, результатов лабораторных, микробиологических и рентгенологических исследований.

Результаты исследования. Среди взятых под наблюдение распределение по клиническим формам туберкулеза было следующим: инфильтративный туберкулез – 57,7%, диссеминированный туберкулез – 18,3%, первичный туберкулезный комплекс – 5,7%, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 9,9%, казеозная пневмония – 2,8%, туберкулема легких – 2,8%, плеврит – 2,8%. У 36,8% больных выявлены деструктивные изменения в легких, бактериовыделение – у 45,4%. В контакте с больным туберкулезом находилось 46,5% детей и подростков, из них 61,9% были бактериовыделителями, причем 37,9% с множественной лекарственной устойчивостью.

Средний показатель чувствительности пробы Манту у обследованных составил 11,1 мм, Диаскинтеста – 13,9 мм. При этом достоверных различий результатов пробы Манту и Диаскинтеста у лиц, не находящихся в контакте с больным туберкулезом не выявлен, и составил 10,4 и

10,7 мм (соответственно). В то же время установлено различие по результатам пробы Манту и Диаскинтеста у лиц, находящихся в контакте с больным туберкулезом 11,9 и 15,1 мм (соответственно). У пациентов, контактировавших с больными, выделяющими лекарственно устойчивые штаммы результаты Диаскинтеста составили 16,0 мм, по пробе Манту 10,8 мм.

Сопоставляя результаты чувствительности пробы Манту и Диаскинтеста по клиническим формам туберкулеза легких, не установлено различия средних показателей при диссеминированном туберкулезе (8 мм; 8 мм), но гиперергических реакций на Диаскинтест в 1,5 раза больше, чем при пробе Манту. При инфильтративной форме туберкулеза размер папулы в среднем 13,8 мм, при пробе Манту – 10,7 мм, но при рассмотрении по вариантам чувствительности гиперергическая реакция на пробу Манту в 19,5% случаев, на Диаскинтест – 46,3%. При первичном туберкулезном комплексе средний результат пробы Манту 11,5 мм, Диаскинтест – 15,8 мм, при этом гиперчувствительность в 3 раза чаще при Диаскинтесте. Аналогичные результаты получены при казеозной пневмонии, плеврите. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и туберкулема легких характеризовались идентичными средними показателями пробы Манту и Диаскинтеста – 13,5 мм, но гиперергическая реакция на Диаскинтест в обоих случаях встречалась в 2 раза чаще, чем при пробе Манту. Средний размер инфильтрата на пробу Манту 2ТЕ ППД-Л составил 11,1 мм, на Диаскинтест – 12,2 мм. Частота встречаемости отрицательного результата на пробу Манту и Диаскинтест одинакова и составляет 7,1%, сомнительных реакций – проба Манту 7,1%, Диаскинтест – 12,6%, положительная реакция на пробу Манту в 67,5%, Диаскинтест – 36,6%, гиперергическая – на пробу Манту – 18,3%, Диаскинтест – 43,7%.

Выводы. Диаскинтест характеризуется высокой степенью чувствительности, что позволяет использовать при проведении комплексного обследования пациентов с клиничко-рентгенологическими признаками туберкулеза. Использование Диаскинтеста позволит сократить период диагностики туберкулеза, начать в более ранние сроки противотуберкулезную терапию и повысить эффективность лечения больных туберкулезом органов дыхания детей и подростков.

Педагогические науки

К ВОПРОСУ О МЕТОДАХ АКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Маль Г.С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, e-mail: mgalina.2013@mail.ru

Современная медицина развивается стремительно и характеризуется усилением конку-

ренции, что ведет к изменению требований к подготовке выпускников высшей школы. Общеклиническая и теоретическая подготовка находится на достаточно высоком уровне, но при этом сократилась возможность практической деятельности. Поэтому при создании модели подготовки специалиста предполагается использование методов обучения, способствующих эффективному развитию имеющихся у

студентов способностей и формированию навыков самостоятельности, системности мышления, умению перестраиваться в стремительно меняющемся обществе.

Решить обозначенные проблемы хотя бы частично можно, используя активные методы в обучении.

Одним из активных методов обучения является деловая игра, которая позволяет соединить знания и умения, развить творческие способности, индивидуальность и самостоятельность.

С помощью метода конкретной ситуации вырабатываются умения и навыки самостоятельной работы, такие как: индивидуальное и групповое принятие решения поставленных задач.

Исследованиями отмечено, что при активном восприятии обучаемые сохраняют в памяти 80% того, что говорили сами и 90% того, что делали или создавали самостоятельно.

Таким образом, применение активных методов обучения в процессе профессиональной подготовки врача позволяет добиться не только качественного и быстрого усвоения учебной дисциплины, но и практической цели – научить будущих врачей профессиональным знаниям и умениям.

О ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ БУДУЩИХ ПЕДАГОГОВ-ПСИХОЛОГОВ

Стукаленко Н.М., Ракишева Г.М.

*Кокшетауский государственный университет
им. Ш.Уалиханова, Кокшетау,
e-mail: nms.nina@mail.ru*

В настоящее время в Казахстане происходит переход к информационному типу общества, которое заинтересовано в том, чтобы его граждане были способны самостоятельно, активно действовать, принимать решения, гибко адаптироваться к изменяющимся условиям жизни. Информационные технологии оказывают возрастающее влияние на систему образования в целом. Информатизация образования выступает необходимым условием развития личности на современном этапе. Под информационным обществом понимается общество нового типа, формирующееся в результате новой глобальной социальной революции, порожденной взрывным развитием и сближением информационных и коммуникационных технологий. Это общество знания - общество, в котором главным условием благополучия каждого человека и каждого государства становится знание, полученное благодаря беспрепятственному доступу к информации и умению работать с ней. И это глобальное общество, в котором обмен информацией не будет иметь ни временных, ни пространственных, ни политических границ; которое с одной стороны способствует взаимопроникновению культур, а с другой – открывает каждому сообще-

ству новые возможности для самоидентификации [1]. В процессе формирования информационного общества постепенно стираются границы между странами и людьми.

Информатизация образования как условие развития личности направлено на подготовку компетентного специалиста, способного к информационному воздействию и взаимодействию в образовательном процессе вуза. Это связано с тем, что одним из решающих факторов экономического развития сейчас становится информационный продукт, а ключевой формой является информация. Также следует отметить, что вхождение Казахстана в мировое образовательное пространство, тесное международное сотрудничество требует совершенствования процесса формирования коммуникативной компетенции. Сформированная на достаточно высоком уровне информационно-коммуникативная компетенция позволит будущему педагогу-психологу как специалисту в своей области активно реализовывать себя в профессиональной деятельности, участвовать в семинарах и конференциях, работать с подлинным психолого-педагогическим дискурсом, в конечном итоге послужит основой для самореализации и саморазвития личности в целом.

Необходимо отметить, что компетентностный подход научно обоснован учеными стран Европейского Союза в начале 70-х гг. 20 века: Р. Бадером, Д. Мертенсом, Б. Оскарсоном, Дж. Равенном, В. Хутмахером и др. В российской научной литературе проблема модернизации профессионального образования на основе компетентностного подхода содержится в работах Б. Байденко, Э. Зеера, А. Хуторского, Б. Эльконина и др. В Казахстане вопросы компетентностного подхода в подготовке специалистов представлены трудами таких ученых-педагогов, как М.Х. Балтабаев, А. Мынбаева, П. Беспалова, И.Б. Васильев, К. Устемиров, Б.Т. Кенжебеков, Н.М. Стукаленко, Б.Т. Керимбаева и др. В вышеуказанных работах большое внимание обращается на формирование информационно-коммуникативной компетенции будущего специалиста, которая, по мнению авторов, необходима для успешной самореализации личности в профессиональной деятельности.

Такой подход обуславливает необходимость разработки практических рекомендаций перехода образовательной практики со знаниевого на компетентностный формат обучения, что нашло отражение в Концепции образования Республики Казахстан до 2020 года. Отмечается, что «основной целью образования становится не простая совокупность знаний, умений и навыков, а основанная на них личная, социальная и профессиональная компетентность – умение самостоятельно добывать, анализировать и эффективно использовать информацию, умение рационально и эффективно жить и работать в быстро изменяющемся мире» [2]. Анализ научных