

среду делать адекватной потребностям конкретного ученика.

Методические основы проведения педагогической коррекции определяются следующей схемой:

- инициация творческой позиции и самостоятельности суждений; всемерная активизация контрольно-оценочного компонента учебной деятельности, рефлексии учащихся;
- использование разнообразных мер помощи учащимся со стороны учителя и одноклассников; широкое внедрение методов групповой работы с целью более полного включения каждого ученика в решение учебных задач, преодоления коммуникативных барьеров, расширения арсенала способов учебной деятельности, создания ситуаций успеха;

- применение специальных приемов закрепления учебного материала (его многократное проговарива-

ние в разных контекстах, повторение в игровом ключе, составление заданий для товарища по изученной теме, конструирование аналогичных или обратных задач, разработка опорных схем по теме и т.п.);

- обеспечение условий для осмысливания, целостного восприятия учебного материала, преодоления фрагментарности усвоения (внутрипредметное и межпредметное интегрирование, выполнение творческих заданий практического характера, требующих применений знаний и умений по разных разделам изучаемой дисциплины, экспресс-опросы по разным разделам программы, экспресс-повторение в групповой работе с использованием учебника, материала разных тем для ответа на проблемные вопросы с фиксацией в тетради забытого и непонятного и т.п.).

Медицинские науки

ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ МОЧЕВОГО СИНДРОМА И КРЕАТИНИНА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЛЮПУС-НЕФРИТОМ

Арзиманова Н.А., Марасаев В.В., Аббисова Т.О.,
Бажина О.В., Василевская О.А., Лавлинский С.Н.

*Государственная медицинская академия,
Ярославль*

Актуальность: При системной красной волчанке поражение почек в виде лупус-нефрита встречается более чем в 70% случаев и именно оно в большинстве случаев определяет дальнейшую судьбу больных. Активный лупус-нефрит требует назначение патогенетической терапии, однако не всегда удается получить положительный результат. Во многом это зависит от активности процесса, морфологического варианта нефрита и других факторов. В последние годы большое значение уделяется роли тубулоинтерстициального компонента поражения почек в прогрессировании почечного процесса и развитии нефросклероза. Однако, до сих пор остается много неясного в этом вопросе.

Цель исследования: оценить динамику клинико-лабораторных данных после 30 дней патогенетической терапии у больных лупус-нефритом (ЛН) и хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Материалы и методы исследования: Обследовано 36 больных (22 человека с хроническим гломерулонефритом и 14 человек с лупус-нефритом). Средний возраст 34,5 лет, длительность болезни 1,2 года. Оценивалась частота и выраженность тубулоинтерстициального компонента поражения почек у больных ЛН и ХГН по данным нефробиопсии, динамика уровня креатинина крови и мочевого осадка (протеинурия и эритроцитурия) до и после 30 дней патогенетической терапии. Морфологически у всех больных имелись признаки мезангир-пролиферативного гломерулонефрита. Всем больным проводилась стандартная терапия, включающая пульс-терапию преднизолона по 1000мг №3 и пульс-терапию циклофосфана

по 1000мг №1, с последующим назначение преднизолона в дозе 60 мг в сутки.

Результаты: Тубулоинтерстициальный компонент, по данным нефробиопсии, при лупус нефрите был выявлен у 89% больных, при ХГН - у 35%. При этом, он был более выраженным при лупус-нефrite. После 1 месяца наблюдения у больных ЛН улучшение мочевого синдрома в виде уменьшение уровня суточной протеинурии и эритроцитурии отмечалось у 86% больных, в то время, как при ХГН только у 36%. Усиление мочевого синдрома при лупус-нефрите не регистрировалось ни у одного пациента, а при ХГН – у 9%. Без динамики мочевой синдром сохранился у 14% больных ЛН и 55% больных ХГН. Аналогичная картина наблюдалась и при анализе уровня креатинина: при ЛН снижение его было зафиксировано у 57% больных, при ХГН у 18%; без существенной динамики креатинин сохранялся у 29% больных ЛН и 64% ХГН. Увеличение креатинина крови при ЛН и ХГН после проведения 30 дневной патогенетической терапии регистрировалось примерно с одинаковой частотой (у 14% и 18% соответственно).

Выводы: Эффект от проведения патогенетической терапии при лупус-нефrite был более значимым, чем при ХГН. Учитывая тот факт, что ТИК при ЛН регистрируется значительно чаще, чем при ХГН, а его выраженность зависит от сосудистого компонента интерстиция (васкулита), то появляется больше «точек приложения» для глукокортикоидов и цитостатиков. В случаях минимального ТИК, эффект от патогенетической терапии при ЛН и ХГН сопоставимы.

Приведенные данные носят предварительный характер и указанная проблема требуют дальнейшего изучения.