

1. Возраст 20-40 лет и 40 лет и старше;
2. Наиболее значимое качество медицинской сестры – профессионализм;
3. Критерии качества сестринской помощи – уровень профессионализма и внимательность;
4. Влияние стажа медицинской сестры на качество ее работы.

Таким образом, структура понятия «качество» может включать внутреннюю и внешнюю составляющие. И основными критериями качества медицинской помощи являются не только результативность работы, ее эффективность, но прежде всего, способность медицинской сестры влиять на пациента с помощью своих личностных и профессионально – значимых качеств.

ИССЛЕДОВАНИЕ У ЛИЦЕИСТОВ СТАРШЕГО ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ИЗ КАРЕЛИИ СПОСОБНОСТИ АКТИВНОГО НАХОЖДЕНИЯ АНАЛОГИЙ ПРИ РЕШЕНИИ ТЕСТОВ НА ЛОГИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

¹Белоусова Г.П., ²Савельева Е.В., ²Кондакова О.А.

¹Петрозаводский государственный университет;

²Муниципальное бюджетное образовательное учреждение
Петрозаводского городского округа «Лицей №40»,
Петрозаводск, Россия, e-mail: gerda51@mail.ru

В старшем подростковом возрасте вопросы, касающиеся изучения региональных различий профилей психофизиологической деятельности, а также познавательной активности учащихся, недостаточно изучены. Умение учащихся работать с поступающей информацией, развитие способности мыслить логически является одним из факторов, определяющих готовность к обучению, а также успешную адаптацию к учебной деятельности. По мнению специалистов в условиях Севера экологический стресс, проведение экзаменов в виде ЕГЭ, ИГА способствуют усилению психо-эмоционального стресса, значительному росту учащихся в группах высокого медико-социального риска. Учитывая, что в старшем школьном возрасте адаптационные системы организма характеризуются в определенной степени функциональной незрелостью, нам представлялось интересным изучение способности конструирования аналогий у обучающихся лицея, в зависимости от половой принадлежности.

Целью работы было изучение способности активного нахождения простых логических аналогий мышления у старшеклассников лицея. В исследовании участвовали 66 учащихся (36;д; 30;ю) муниципального бюджетного образовательного учреждения Петрозаводского городского округа «Лицей №40», в возрасте 16,7±0,11 и 16,4±0,13 года, соответственно, без жалоб на состояние здоровья, с моторным предпочтением правой руки. Методом психометрирования, при помощи компьютерного комплекса «НС-ПсихоТест» (программа «НейроСофт 2004, НС-ПсихоТест» г. Иваново), изучался уровень отвлеченного мышления с использованием клинического теста «логическое мышление», из 20 вопросов. Исследование проводили в первой половине дня, в фоновом состоянии. Согласно инструкции испытуемому, в каждом вопросе предлагалась пара слов, состоящих друг с другом в определенных логических отношениях; а также третье слово, к которому он должен был выбрать из списка слово, находящееся к нему в отношениях, аналогичных тем, в которых находилась первая пара слов. Например: вопрос №1. Школа – директор. Кружок – ..., с вариантами ответа: 1) председатель 2) член 3) руководитель 4) заведующий 5) посетитель. Содержа-

ние вопросов теста было направлено на выявление у испытуемых уровня способности активного конструирования аналогий. Число правильных ответов при выполнении теста подсчитывали в баллах. Вычислялся индекс успешности (ИУ,%) по формуле:

$$\text{ИУ} = (\text{Число правильных ответов} / \text{Общее число ответов}) \times 100.$$

Клиническая интерпретация способности к логическому мышлению проводилась в баллах по общепринятой шкале: <5 – «низкая», 5-11 – «средняя» и 12-20 – «высокая» способность. Полученные результаты обрабатывали в группах исследования, с использованием статистических методов. Изучение количественных показателей при выполнении тестового задания с конструированием логических аналогий у обучающихся лица показало, что у девочек число правильных ответов составляло в среднем 9,8±0,47 балла, с колебаниями от 2 до 16 баллов, медиана равнялась 10 баллам. Величина ИУ у девочек составляла в среднем 49±3,1%, с колебаниями от 10% до 60%, медиана составляла 50%. У мальчиков число правильных ответов в тесте колебалось от 3 до 15 баллов, с медианой равной 11,5 баллов, и средней величиной 10±0,7 баллов. Величина ИУ у мальчиков, по сравнению с девочками, колебалась от 15% до 75%, медиана составляла 57,5%. В среднем значение ИУ у мальчиков соответствовало 50,2±3,6%. Статистический анализ, с привлечением критерия Манна-Уитни, не выявил существенных половых различий в результативности (p=0,717). Диагностика полученных результатов показала, что в популяции лицейстов наблюдается 3% лиц – с «высокой», 58,5% – со «средней» и 38,5% – с «низкой» способностью к логическому мышлению. При этом наибольшая вариабельность способности логического мышления отмечалась у девочек, лица с «низкой» способностью к логическому мышлению составляли 44,4%, со «средней» – 50%, с «высокой» – 5,6%. У мальчиков, лица с «низкой» способностью к логическому мышлению составляли 31%, и со «средней» – 69%.

Таким образом, старшеклассники лицея, как девочки, так и мальчики, характеризуются относительно низким уровнем операционной составляющей при активном конструировании аналогий. Считаем, что стихийное формирование приемов логического мышления в процессе обучения и воспитания старшеклассников лицея оказывает негативное влияние на развитие познавательного мышления.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗИ

Беседин Н.А. Ерыгина О.В.

Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Белгород, Россия,
e-mail: erygina_ksusha@mail.ru

Введение

Проблемой современной хирургии гепатобилиарной зоны остается диагностика и лечения синдрома Миризи (СМ). Исследования последних лет показали, что СМ следует считать осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ), первоначальным морфологическим признаком которого является сдавление проксимального отдела гепатикохоледоха, завершающееся либо формированием стриктуры, либо образованием холецисто-холедохеального свища [1]. СМ – одно из наиболее неблагоприятных осложнений ЖКБ, требующее индивидуального подхода, как в диагностике, так и в лечении. Это особенно справедливо для пациентов с хронической формой СМ, большинство кото-

рых больные пожилого и старческого возраста, часто имеющие тяжелые сопутствующие заболевания и относящиеся к группе высокого операционно-анестезиологического риска [2]. Как правило, у данных больных нет патогномичных клинических симптомов, позволяющих с высокой точностью заподозрить это осложнение, в диагностике используется такой же комплекс диагностических мероприятий, что и при осложненной ЖКБ, причем при ЭРХПГ и чрескожной чреспеченочной холангиостомии он диагностируется всего в 20,4% [3]. В последнее время большое внимание уделяется различным методам хирургической коррекции, в том числе с использованием видеолапароскопической техники. Методы хирургического лечения, применяемые при С. Миризи можно разделить на 3 группы. К первым относятся традиционные хирургические, выполняемые из традиционного доступа или с помощью набора мини-ассистент [4]. Ко вторым Использование видеолапароскопических технологий, причем прецизионность и совершенствование техники ЛХЭ являются выбором в лечении ЖКБ в ее осложненных формах, предупреждая развитие возможных осложнений. Сморщенный желчный пузырь с выраженными рубцовыми изменениями вокруг него, СМ и подозрение на него, выраженный воспалительный инфильтрат или рубцовый процесс в области шейки желчного пузыря, не позволяющий выделить элементы треугольника Кало, являются показанием к лапаротомии [5]. В связи с вышеуказанным некоторые авторы выступают против лапароскопического метода лечения, предпочитая открытые операции и считая их более безопасным выбором. Лапароскопические методы лечения с успехом применяются в основном при I типе синдрома. При этом, если операция дополняется интраоперационной холангиографией и эхографией, то риск повреждения желчных протоков минимален и операцию с успехом можно завершить без конверсии.

В третьей группе лечение данного синдрома начинают с использования миниинвазивных эндоскопических технологий, а также методов интервенционной радиологии, что позволяет не только оценивать состояние желчных протоков, но и, что не менее важно, переводить первично диагностическую процедуру в лечебную – дренирование желчных протоков ретроградным или антеградным способом [6, 7, 8]. Так Охотников О.И. и соавт. 2009, указывают, что при отсутствии технической возможности безопасной ЧЧХС (незначительное расширение внутривенных желчных протоков или его отсутствие), а так же при синдроме острой блокады БСДПК эндоскопическое ретроградное пособие является методом выбора. В 9 наблюдениях данными авторами выполнена этапная механическая и пневматическая литотрипсия и литоэкстракция из модифицированной микрохоледосто-

(или) микрохолангиостомы 24-26 Fr., традиционным способом оперирована всего 1 больная [2]. Те же авторы отмечают, что у больных пожилого и старческого возраста, безуспешности эндоскопических транспапиллярных вмешательств антеградные вмешательства на желчных протоках и БСДПК, включающие контактную литотрипсию и лиэкстракцию, продленное наружно-внутреннее холедоходуodenальное дренирование, антеградную чреспеченочную баллонную дилатацию БСДПК, а так же антеградное низведение одиночных конкрементов в ДПК, могут быть альтернативой другим методам лечения [9].

Цель работы – улучшение результатов лечения больных СМ.

Материал и методы

Общее число больных, находившихся на обследовании и лечении с осложненной желчнокаменной болезнью составило 1018 человек. В работе анализируются результаты лечения 41 (4%), больных с СМ, находившихся на лечении в хирургическом отделении №1 Белгородской областной клинической больницы Свяителя Иоасафа. Из них было 34 женщин (82,9%) и 7 мужчин (17,1%). Средний возраст – 61,7±13,5 лет. Средний возраст мужчин – 66,1±14,0 лет, средний возраст женщин – 60,8±13,5 лет.

Изменения биохимических показателей крови больных с СМ представлены в табл. 1.

Из 41 пациента у 30 (73,2%) отмечалась гипербилирубинемия.

Результаты и обсуждение

Как было сказано ранее, лечение СМ остается одной из сложнейших проблем современной абдоминальной хирургии, это связано с трудностями диагностики данного заболевания, преобладанием среди больных лиц пожилого и старческого возраста, когда выполнение открытого лапаротомного вмешательства невозможно. В качестве первого диагностического и лечебного мероприятия использовали эндоскопические транспапиллярные вмешательства.

Больным с синдромом Миризи были выполнены следующие операции, представленные в табл. 2.

Несомненным является тот факт, что сдавление общего желчного протока трансформируется в стриктуру, если хирургическое вмешательство откладывается, а заболевание приобретает затяжное течение, в котором периоды благополучия чередуются с обострениями. С течением времени стенки желчного пузыря и гепатикохоледоха сближаются до полного соприкосновения, чему способствует присутствие крупного камня в гартмановском кармане. Под действием его массы усугубляются уже имеющиеся нарушения трофики, возникает перфорация (пролежень) стенок желчного пузыря и желчного протока с последующим формированием пузырно-холедоального свища (рис. 1).

Таблица 1

Изменения биохимических показателей крови больных с СМ

Биохимические показатели	Среднее	Стандартное отклонение	Минимум	Максимум
Билирубин (моль/л)	124,4	134,8	5,9	532,9
АСТ (ед/л)	129,9	158,2	13,0	906,8
АЛТ (ед/л)	178,0	236,6	7,7	1209,6
Амилаза (ед/л)	43,6	26,7	12,0	147,0
Креатинин (мкмоль/л)	85,8	31,9	2,5	165,5
Мочевина (моль/л)	8,3	13,9	1,8	92,0

Характер оперативных вмешательств при синдроме Миризи

Характер вмешательства	Абс.	%
ЭРХПГ, ЭПСТ	8	10,0
ЭРХПГ, ЭПСТ с ЛЭ	5	6,3
ЭРХПГ, ЭПСТ с НБД	8	10,0
Литоэкстракция	4	5,0
Литоэкстракция в 2 попытки	3	3,8
Назобилиарное дренирование	15	18,8
Дистанционная ударно-волновая литотрипсия	1	1,3
Стентирование Общего желчного протока	6	7,5
Эндоскопическое вмешательство (ЭРХПГ, ЭПСТ, ЛЭ) с последующей ВЛХЭ	4	5,0
Литоэкстракция при рецидивном холедохолитиазе	2	2,5
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду	1	1,3
ВЛХЭ	5	6,3
Атипичная папиллотомия	3	3,8
Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование по Керу	13	16,3
Лапаротомия, ХЭ	1	1,3
Лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитомия, ХДА по Юрашу	1	1,3
Всего	80	100

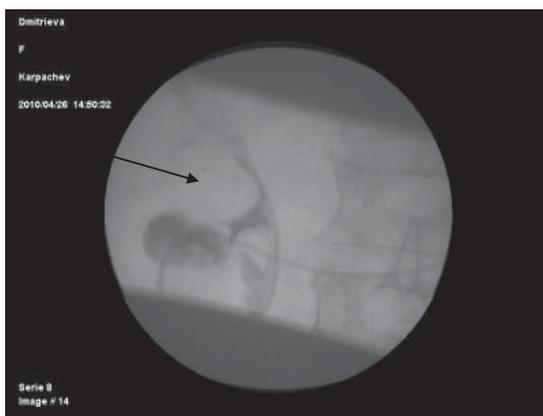


Рис. 1. ЭРХПГ при синдроме Миризи пролежень конкрементом (обозначено стрелкой) стенки кармана Гартмана и холедоха (II тип по С. McSherry)



Рис. 2. ЭРХПГ. Синдром Миризи II тип по С. McSherry

Через это патологическое сообщение из желчного пузыря в просвет ОЖП устремляются конкременты, диаметр свища увеличивается за счет потери ткани в зоне компрессии. В итоге сужение проксимального отдела ОЖП ликвидируется, желчный пузырь сокращается в объеме, исчезают его шейка, гартмановский карман и значительная часть тела.

В финале желчный пузырь напоминает дивертикулообразное образование, сообщающееся с просветом внепеченочного желчного протока посредством широкого соустья. Пузырный проток в подавляющем большинстве наблюдений отсутствует (рис. 2).

При I типе синдрома Миризи по С. McSherry, который встречается гораздо реже, эндоскопическое вмешательство носит в основном диагностический характер и направлено на разгрузку билиарного дерева перед выполнением холецистэктомии, что представлено следующим клиническим наблюдением.

Клинический пример. Больной Х., 73 лет (история болезни №4258) поступил в хирургическое отделение № 1 БОКБ Святителя Иоасафа 01.10.2010 с жалобами на тяжесть в правом подреберье, желтушность кожи и слизистых оболочек. Болен в течение 2-е дней, когда стали беспокоить перечисленные выше жалобы. Сопутствующая патология: ИБС, атеросклеротическая болезнь сердца, атеросклероз аорты, хроническая сердечная недостаточность I, функциональный класс II. При УЗИ ОЖП и внутривеночные желчные протоки не расширены, желчный пузырь увеличен, в просвете – конкременты, стенки слоистые, в малом тазу незначительное количество свободной жидкости. Биохимический анализ крови: креатинин 107 мкмоль/л, мочевины 6,9 ммоль/л, общий билирубин 85 мкмоль/л, прямой – 68 мкмоль/л, общий белок 76,1 г/л, амилаза 147 ед/л, АСТ 261 ед/л, АЛТ 210 ед/л, креатинин 165 мкмоль/л Клинический анализ крови: Эритроциты $4,5 \times 10^{12}$, гемоглобин 136 г/л, тромбоциты 240×10^9 , лейкоциты $8,3 \times 10^9$ (э-0, п-3, с-87, л-3, м-1).

В экстренном порядке 01.10.2010 выполняется ЭТПВ в объеме ЭРХГ, ЭПСТ, НБД, при котором диагностируется компрессия ОЖП на уровне ворот печени (рис. 3). 05.10.2010 при уровне билирубина 25 мкмоль/л выполняется ВЛХЭ. Больной выписан в удовлетворительном состоянии на 5-е сут. после операции.

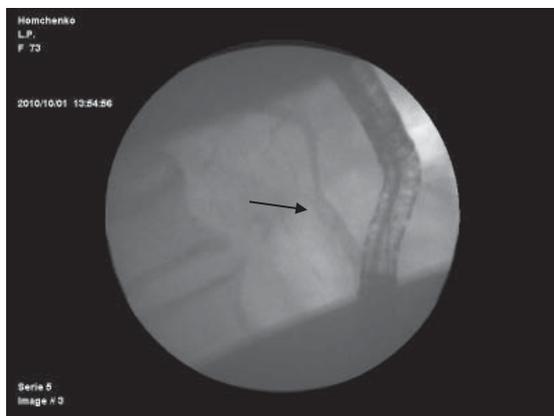


Рис. 3. ЭРХГ больного X. с синдромом Мирizzi 1 тип по С. McSherry. Сдавление ОЖП шейкой желчного пузыря (обозначено стрелкой), умеренная эктазия внутрипеченочных желчных протоков

В лечении синдрома Мирizzi все шире используются максимально малоинвазивные эндоскопические методики. Поэтому с целью диагностики и первого этапа вмешательства больным выполнялось ЭРХПГ, ЭПСТ с последующим выполнением этапных литотрипсий и экстракций, в 1 случае удалось выполнить ДУВЛ. В 4-х случаях после санации билиарного дерева выполнена ВЛХЭ. В 6 случаях при тяжелой сопутствующей патологии, пожилым и старческом возрасте ограничили стентированием общего желчного протока.

В 4-х случаях диагноз данного заболевания устанавливался во время ВЛХЭ, основными его признаками были инфильтрат в подпеченочном пространстве справа, отсутствие пузырного протока с пролабированием конкремента из просвета пузыря в просвет ОЖП. Оперативное вмешательство завершали отсечением желчного пузыря от ОЖП с запасом тканей, позволявших выполнить пластику стенки ОЖП путем использования клипс или наложением интракорпорального шва.

У 15 (36,6%) больных из 41 пациента с СМ выполнены открытые традиционные вмешательства. У 13 больных использовалась стандартная и более простая методика, заключающаяся в выполнении лапаротомии, холецистэктомии, холедохолитотомии с дренированием ОЖП по Керу. Холецистэктомию выполняли с запасом тканей стенок пузыря, чтобы при необходимости выполнить пластику дефекта стенки ОЖП. Данное вмешательство выполнялось только при полной уверенности в адекватном желчеоттоке, обеспеченном ЭТПВ, что подтверждалось при контрольной ЭРХПГ и интраоперационной холеграфии. В одном случае при невозможности обеспечения при ЭТПВ адекватного желчеотока наложен ХДА, в другом случае после выполненной ЭПСТ, механической литотрипсии и литоэкстракции после полной санации билиарного дерева выполнена лапаротомия, холецистэктомия.

Заключение

Таким образом, на современном этапе, эндоскопические методы диагностики и лечения больных с осложненной ЖКБ в сочетании с методиками эндоби-

лиарного стентирования, ДУВЛ и позволяют в 90% случаев добиться адекватной декомпрессии и санации желчных протоков, а при наличии синдрома Мирizzi только у 36,6% выполнять открытые лапаротомные вмешательства.

Список литературы

1. Назыров Ф.Г. Диагностика и лечение синдрома Мирizzi / Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, М.Ш. Нишанов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – № 4. – С. 67-73.
2. Охотников О.И. Рентгенохирургическое лечение синдрома Мирizzi у больных с высокой степенью операционно-анестезиологического риска / О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, М.В. Яковлева // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 3. – С. 22-29.
3. Диагностика и лечение внутренних желчных свищей у больных с желчнокаменной болезнью / Э.Х. Байчоров, В.И. Гречков, Б.Б. Хадиев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 43-47.
4. Шиленок В.Н. Синдром Мирizzi: диагностика, лечебная тактика / В.Н. Шиленок, Э.Я. Зельдин, В.Н. Соболев // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: XVII междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ, Уфа, 15-17 сент. 2010 г.: тез. докл. / РАМН, Ассоц. хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Башкир. гос. мед. ун-т Росздрава [и др.]. – Уфа, 2010. – С. 148.
5. Влияние рубцово-воспалительного процесса на результаты лечения больных с калькулезным холециститом / Ч.С. Германович, С.И. Яковлев, В.Ю. Самсонов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – Т. 15, № 3. – С. 12-14.
6. Чрескожное чреспеченочное желчеотведение у больных механической желтухой: 25 лет эволюции метода / В.Г. Ившин, И.В. Малафеев, А.Ю. Якунин [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 1, прил. – С. 11. – (Пленум правления ассоц. хирургов-гепатологов стран СНГ, Рязань, 20-21 марта 2009 г.: тез. науч. работ).
7. Ahlawat S.K. Mirizzi syndrome / S.K. Ahlawat, R. Singhania, F.H. Al-Kawas // Curr. Treat. Options. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 10, № 2. – P. 102-110.
8. New diagnostic and surgical approach to Mirizzi syndrome / B.J. Sánchez, S.R. Cabeza, L.E. Monsalve [et al.] // An. Med. Interna. – 2007. – Vol. 24, № 6. – P. 281-284.
9. Охотников О.И. Транспиллярные миниинвазивные вмешательства при холедохолитиазе / О.И. Охотников, С.Н. Григорьев, М.В. Яковлева // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 1. – С. 58-62.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ЙОДОДЕФИЦИТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРИМЕРЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН САНКТ-ПЕТЕРБУРГА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОЗДНЕМ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ

Беспалова В.С., Тер-Оганесянц Э.А.,
Соболева Д.Е., Дора С.В.

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: lerabespalova@yandex.ru

Актуальность

Неотъемлемой частью гормонов щитовидной железы (ЩЖ) является йод. Под влиянием тиреоидных гормонов (ТГ) во время внутриутробного развития закладываются и формируются церебральные функции плода, а также другие органы и системы. Поэтому беременные женщины являются основной группой риска развития йододефицитных заболеваний (ЙДЗ) и не должны иметь даже лёгкий йододефицит (ЙД). ЙДЗ можно предупредить. В настоящее время существует 2 метода профилактики ЙДЗ: массовая профилактика – использование йодированной соли (ЙС) – и групповая/индивидуальная – применение препаратов йодида калия. Второй метод профилактики применяется среди групп риска развития ЙДЗ. Однако, несмотря на усилия международных организаций по борьбе с ЙДЗ, большая часть населения планеты имеет недостаток йода. Российская Федерация (РФ) также является территорией лёгкого ЙД.

Цель исследования: определить йодобеспечение женщин, находящихся в 3 триместре беременности, и оценить эффективность проводимых методов профилактики ЙД среди представительниц основной группы риска ЙДЗ, проживающих в Санкт-Петербурге.