Режим работы и заработная плата удовлетворяет 87% опрошенных врачей поликлиники. Анализ анкетирования медицинских сестер показал, что условиями труда и работой в целом удовлетворены 75% и 70% (соответственно). Для 25% не важно продвижение по службе, а для 10% – самореализация. Не нужно повышать квалификацию 5%, а 20% не нуждаются в повышении зарплаты. В то же время, 25% лишь частично выполняют свои функциональные обязанности, а 30% не знают их совсем, и 15% неуважительно относятся к пациентам.

Выводы

1 Отношением удовлетворены к ним медицинских работников и организацией работы поликлиники большинство пациентов.

2. Более 3/4 врачей довольны условиями работы и заработной платой, в то же время почти половина могут изменить отношение в зависимости от социального статуса пациента, и почти 1/4 нарушают права пациентов.

3. Медицинские сестры менее врачей удовлетворены работой, при этом 1/4 выполняет свои обязанности лишь частично, а 1/3 не знает их вовсе.

4. Полученные данные диктуют необходимость проведения психологической работы, повышения знаний среди медицинских работников по вопросам этики и деонтологии.

5. Полученные данные следует учитывать администрации БУЗ ВО ВКП № 8 при планировании и проведении учебно-теоретических, научно-практических и организационно-методических мероприятий.

ПИТАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК ПРОФИЛАКТИКА ИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Рубан Д.Ю., Прокопцева Е.В., Панасенко Я.А., Утнасунов Р.Б.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, e-mail: zas-katya777@mail.ru

Здоровье является главной ценностью, как отдельного взятого человека, так и общества в целом [1,2]. Поэтому здоровье беременных женщин постоянно находится в поле зрения исследователей [3,4,5]. Исследование стоматологического здоровья беременных до сих пор является важным и актуальным [6]. Правильное, полноценное питание – одно из важнейших условий благополучного протекания беременности и рождения крепкого, здорового ребенка. Профилактику развития стоматологических заболеваний необходимо проводить с ранних сроков беременности. Поэтому назначение полноценного рациона питания, обеспечивающего возрастающие потребности беременных, необходимо при постановке женщины на учет в женской консультации.

Материал и методы

Мы провели анкетирование рациона питания 40 беременных женщин. Анкеты включали в себя вопросы о повседневном питании женщин.

Результаты исследования

Анкетирование беременных показало, что большинство женщин получает рекомендации по питанию в женских консультациях. Однако всего 40% женщин следуют этим назначениям. Основная часть беременных причиной не соблюдения рекомендаций назвала отсутствие достаточного количества финансов. По сравнению с обычным рационом пища беременной женщины должна содержать существенно больше белков, витаминов и микроэлементов. Белков необходимо употреблять 100 грамм в сутки в первой половине беременности и 120 грамм – во второй. Половину из них должны составлять животные белки. Белок в составе таких продуктов как молоко, печень, сердце, птица, яйца и телятина употребляют 35,2% беременных. Употребление жиров должно составлять около 80 грамм в сутки, в том числе растительных – 15-30 грамм. Жиры, содержащиеся в твороге, сметане, сливках, сыре вводили в своё питание 31,5% респондентов, в растительных маслах 47,1%. Комбижир, маргарин, сало, заменители сливочного масла употребляли в пищу 15% анкетируемых. Углеводов рекомендуется употреблять в среднем 350 грамм в сутки в первой половине беременности и 400 – во второй. Углеводы в виде темного хлеба отметили в анкете 15% женщин; круп – 34,3%, фруктов – 56,1%, овощей – 41,3%. На употребление в пищу «плохих» углеводов – сахара и сладостей, белого хлеба, булочек, макарон и кондитерских изделий указало 70% опрошенных. Из них 45,1% респондентов в основном употребляют белый сахар, 4% тростниковый; в рационе у 9,2% преобладает мед.

Важным аспектом сбалансированности рациона питания беременной женщины служит достаточное содержание в меню витаминов и минералов [7]. На вопрос «Назначали ли Вам поливитаминные препараты» 100% респондентов отвечали положительно. На вопрос «Купили ли Вы поливитаминный препарат» положительно ответили 48% женщин.

Таким образом, беседы с беременными женщинами о правильном питании во время беременности как профилактике стоматологических заболеваний, до сих пор являются важными и необходимыми. Необходимо индивидуально подходить к рекомендациям питания учитывая социальный статус, образ жизни, характер питания женщин до беременности.

Список литературы

1. Цырюльникова А.А., Крюкова А.В., Денисенко Л.Н. Стоматологический статус студентов // Успехи современного естествознания. – 2014. – № 6. – С. 120-121.

2. Крюкова А.В., Осипов А.Е., Денисенко Л.Н. Стоматологическое здоровье студентов // Успехи современного естествознания. – 2013. – № 9. – С. 54.

3. Денисенко Л.Н., Деревянченко С.П., Колесова Т.В. Стоматологическое здоровье беременных женщин // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 2. – С. 147.

4. Косенко И.Б., Шарафутдинова Н.Х. Социально-гигиенические аспекты стоматологических заболеваний среди беременных женщин // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2009. – № 4. – С. 444-447.

5. Денисенко Л.Н., Данилина Т.Ф., Ткаченко Л.В., Касибина А.Ф., Данилина Е.В. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2007. – № 3. – С. 45.

6. Денисенко Л.Н. Влияние железодефицитной анемии на состояние полости рта беременных женщин: автореф. дис. … канд. мед. наук. – Волгоград: Волгоградский государственный медицинский университет, 2007.

7. Спиричев В.Б., Шатнюк Л.Н., Позняковский В.М. Обогащение пищевых продуктов витаминами и минеральными веществами. – Новосибирск. 2004. – 548 с.

ТЕЧЕНИЕ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Саввина Л.Э., Гуляева Н.А.

Северо-Восточный федеральный университет им. М.К. Аммосова, Медицинский институт, Якутск, Россия, e-mail: lubasavina96@mail.ru

В последнее десятилетие в Российской Федерации, в том числе и в Республике Саха (Якутия), наблюдалось неуклонное снижение заболеваемости туберкулезом внелегочных локализаций (ТВЛ). Кроме того, снижался и удельный вес внелегочных форм туберкулеза в структуре заболеваемости туберкуле-

зом. Так, за 9 лет показатель заболеваемости туберкулеза внелегочных локализаций в РФ снизился на 28%. Если в 2002 г. он был на уровне 3,2 на 100 т населения, то в 2010 г. – уже 2,5 [3]. При этом снижение показателей заболеваемости ТВЛ идет за счет всех локализаций, за исключениемтуберкулеза костей и суставов. Время установления диагноза составляет в среднем 12,3 месяцев с момента появления первых симптомов заболевания. Возрос удельный вес прогрессирующих артритов, субтотальных тотальных форм поражения сустава (33,3 и 8,9% наблюдений соответственно). Общая лекарственная устойчивость возбудителя к основным антибактериальным препаратам достигла 64,3%. 72,6% пациентов имеют сопутствующую соматическую патологию. [2]

В РС(Я) показатель заболеваемости ТВЛ также менялся в сторону снижения: 6,3 на 100 т. населения в 2002 г., 4,9 в 2006 г., 4,4 в 2011 г.; удельный вес ТВЛ в структуре заболеваемости туберкулезом составил 8,9% в 2002 году и 5,9% в 2011 [4]. Необходимо отметить, что в РС(Я), так же как и в РФ, заболеваемость костно-суставным туберкулёзом (КСТ) не снизилась, а несколько возросла на фоне снижения заболеваемости другими локализациями ТВЛ. Если в 80-90-е гг. прошлого столетия КСТ в структуре внелегочных форм туберкулёза занимал III место по частоте выявления, то в настоящее время в Якутии он стабильно занимает I место. [3]

Целью данного исследования является изучение особенностей течения туберкулеза костей и суставов в Якутии.

Материалы и методы

Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 50 больных с костно-суставными формами туберкулеза, прошедших лечение во внелегочном отделении ГБУ РС(Я) НПЦ «Фтизиатрия» с 2010-2013 гг.

Результаты исследования

При изучении социальных факторов риска: по гендерному признаку было выявлено, что мужчины и женщины страдают костно-суставным туберкулезом одинаково часто (48% и 52% соответственно). Анализ данных пациентов по возрасту выявил, что наибольший процент заболевших костно-суставным туберкулезом встречается в возрасте от 51 до 61 года (46,2%) и меньше всех пациентов оказалось молодого возраста – 18-28 лет (9,2%). При изучении места жительства больных выявлено, что среди пациентов в 54% случаях встречаются сельские жители, городские составили 46%.

Изучение жилищных условий больных с костно-суставным туберкулёзом выявило, что 43% пациентов проживают в благоустроенных квартирах, 53% в частично-благоустроенном жилье, и лишь по 2% составляют больные, живущие в неблагоустроенных домах и не имеющие жилья.

При изучении наличия вредных привычек установлено, что вредные привычки имелись у 42% больных, из них курящие составили 26%, употребляющие алкоголь 16% пациентов.

Результаты исследования социального статуса больных представленные на рисунке 1 выявили, что наибольший процент заболевших составили работающие пенсионеры.

Из рисунка 2 следует, что наиболее распространенной формой КСТ является туберкулезный спондилит в 52% случаях, туберкулезный коксит составил 20%. Нужно отметить, что за 2010-2013 гг., впервые выявили туберкулез костей и суставов у 53% больных.

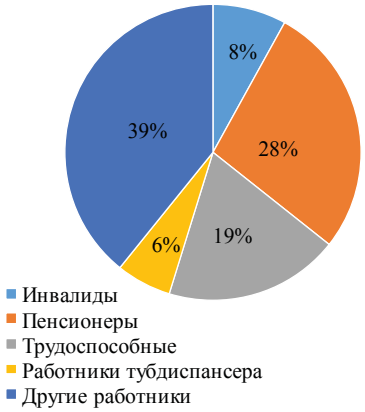

Рис. 1. Распределение больных по социальному статусу (в %)

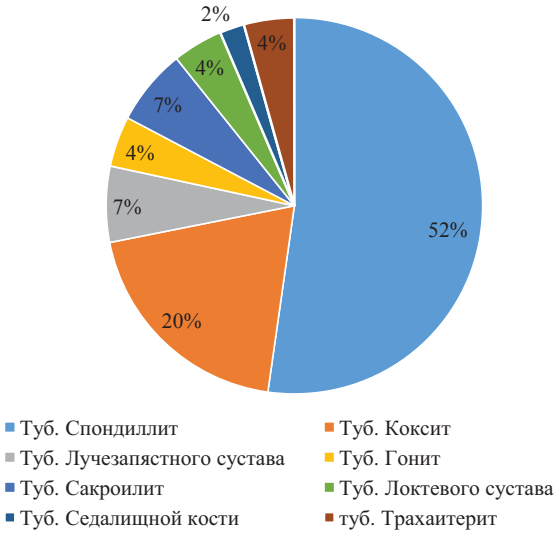

Рис. 2. Клинические формы костно-суставного туберкулеза

При анализе наличия контакта с больным туберкулёзом настораживает тот факт, что у 68% больных контакт с больным туберкулезом не установлен. Данный показатель свидетельствует о скрытом резервуаре инфекции, неизвестном противотуберкулёзному диспансеру. В 14% случаях костно-суставной туберкулёз развился при профессиональном контакте.

При поступлении в стационар пациенты жаловались на ноющие боли, усиливающиеся при физической нагрузке в месте поражения туберкулезом в 90% случаях, ограничение движения в пораженном участке у 24% больных, слабость отмечали 14% пациентов, и у 10% жалоб не было. Локализация боли у больных с туберкулёзным спондилитом соответствовала уровню поражения позвонков позвоночного столба, в 27% случаях боли беспокоили в поясничном отделе, по 8% в грудном и в шейном отделе. У пациентов с поражением суставов в 30% были зафиксированы в тазобедренном суставе. И как следствие пациенты в 90% случаях обращались за помощью самостоятельно, и только в 10% на профилактических осмотрах.

При изучении сопутствующих заболеваний у больных с костно-суставным туберкулезом было выявлено, что 36% пациентов страдают гипертонической болезнью, в 22% – ишемической болезнью сердца и в 18% – хроническим гастритом. Это объясняет-

ся, по видимому, тем, что костно-суставными формами туберкулеза заболевают люди от 51 до 61 года в 46,2%.

Осложнения основного туберкулёзного процесса у больных встречались в 45% случаях. При изучении осложнений костно-суставного туберкулёза было выявлено, что в 36% это были натечные абсцессы, в 9% компрессия спинного мозга, у 55% пациентов осложнения отсутствовали.

В 45% случаях больные получили оперативное лечение, а 55% пациентов получили лечение по стандартным режимам химиотерапии без хирургического вмешательства, в эту же группу вошли больные имеющие противопоказания к хирургическому лечению, а также пациенты, отказавшиеся от операции по различным причинам.

У каждого пациента время начало положительной динамики туберкулезного процесса индивидуально и зависит от множества факторов (возраста, своевременно поставленного диагноза, степени тяжести заболевания, имеющихся осложнений, наличия сопутствующих заболеваний, приверженности больного к лечениюи переносимостью противотуберкулёзных препаратов) и составило от 2 до 12месяцев. Положительная динамика выявлена через 2 месяца у 25% больных, через 8 месяцев у 29%, через 12 месяцев у 13%. В 71% случаях больные были признаны инвалидами 2 группы вследствие туберкулёзного процесса.

Таким образом, особенностями течения туберкулёза костей и суставов являются: возраст больных в 46,2%, болеют люди в возрасте от 51до 61 года, частая локализация поражения – позвоночник, туберкулезный спондилит встречается в 52% случаях, в 27% поражается поясничная отдел позвоночника. Лечение костно-суставного туберкулёза осуществлялось хирургическим путём в 45% случаях на фоне проводимой туберкулостатической терапии. Несмотря на проводимое лечение, инвалидность развивается у 71% больных.

Рекомендации

1. Повышение настороженности врачей общей лечебной сети к больным в возрасте от 51 до 61 года, проводить профилактические осмотры 2 раза в год на туберкулез.

2. Повышение квалификации врачей общей лечебной сети: проведение ежегодных семинаров по диагностике костно-суставного туберкулеза, разбор случаев запущенных форм костно-суставного туберкулеза, приводящих к глубокой инвалидизации больных.

Список литературы

1. Внелегочный туберкулез: руководство для врачей / под ред. профессора А.В. Васильева. – СПб., 2000.

2. Кошечкин В.А., Иванов З.А. Туберкулез: Tuberculosis: учебное пособие. – М.: Издательская группа ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 276 с.

3. Павлов Л.А., Тордуин С.С., Слепцов М.В. Внедрение новых методов диагностики и лечения больных туберкулезным кокситом в ГБУ РС(Я) НПЦ «Фтизиатрия» // Якутский медицинский журнал. – 2013. – №1(41). – С. 89-91.

4. Яковлева Л.П., Кондратьева М.Н. Статистический сборник эпидемиологических показателей по туберкулезу РС (Я) / МЗ РС (Я) ГУ НПЦ Фтизиатрия. – Якутск, 2013.

РАЗРАБОТКА СИМУЛЯТОРА ДЛЯ ОТРАБОТКИ МАНУАЛЬНЫХ НАВЫКОВ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКЕ

Сазонова В.Д., Шамрай Е.А.

Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского, Саратов, Россия
Северный (Арктический) федеральный университет имени М.В. Ломоносова, Архангельск, Россия,
e-mail: Nikoletta.93@mail.ru

Одним из главных компонентов системы подготовки студентов лечебных факультетов и врачей-хирургов высокого класса является разработка тренажерных средств и методики их применения, обеспечивающих диагностику, контроль и развитие необходимых сторон подготовленности занимающихся. В настоящее время разработано множество приложений различных медицинских тренажеров, позволяющих имитировать хирургические операции с высокой степенью достоверности, при этом области применения тренажерных технологий постоянно расширяются [3].

В современных тренажерах и программах обучения студентов закладываются принципы развития практических навыков с одновременной теоретической подготовкой. Следует отметить, что реализация такого подхода стала возможна в связи с прогрессивным развитием электронно-вычислительной техники, систем визуализации и 3D-моделирования органов [2].

Метод моделирования имеет ряд преимуществ перед обучением непосредственно в процессе клинической практики:

- можно создавать ситуации с заданными параметрами и ставить перед обучающимся структурированные, поэтапно выполняемые задачи;
- при совершении ошибок отсутствует опасность для пациента и для персонала;
- возможны полное «погружение» обучаемого в выполнение задания, осмысление собственных действий [1].

За последние годы на рынке медицинской техники появилось достаточное количество тренажеров зарубежного производства, цены на подобные симуляторы довольно высоки.

С 2012 г. на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии СГМУ ведется работа по созданию деталей эндоскопического тренажера, который можно использовать для обучения и отработки малоинвазивных манипуляций врачами-хирургами. Тренажер представляет собой модель брюшной полости с внутренними органами, которые предполагается многократно использовать и заменять в процессе освоения мануальных навыков.

Первый этап работы состоял в поиске материалов для создания искусственного кожного покрова, близкого по тактильным характеристикам к человеческой коже, также была поставлена цель: найти форму, которая бы повторяла изгибы человеческого тела и могла бы использоваться в качестве фантома, имитирующего брюшную полость.

При поиске материалов для создания искусственной кожи были выбраны силиконовые составы различных классификаций и композитных характеристик, затем была проведена серия экспериментов по проверке и сравнению упруго прочностных характеристик искусственной кожи и нативных кожных покровов (трупного материала).

Для оценки упруго-прочностных характеристик биологического материала нами были использованы образцы кожи толщиной 1 мм, шириной 1,5 см и длиной 5 см., которые выполняли роль контроля для сравнения с искусственными аналогами.

С целью имитации кожных покровов нами использована силиконовая резина марки «МОЛД 2100ПА». Упруго-прочностные характеристики силиконовой резины «МОЛД 2100 ПА» представлены в таблице 1.

Экспериментальное растяжение контрольных и опытных образцов производили на разрывной машине в лаборатории по изучению механических свойств материалов.