

тус не повлияет на качество и результаты работы среднего медицинского персонала.

Врачу требуется грамотный помощник. Невозможно представить поликлинику или больницу без медсестёр, от действий которых зависит лечение пациентов на всех его этапах. Именно поэтому большинство врачей (47%) положительно воспринимает советы медицинских сестер и отмечают их помощь в работе (77%). По мнению врачей (68%), медицинская сестра является равноправным участником лечебно-диагностического процесса и её деятельность имеет научное обоснование (51%).

Выводы. Таким образом, медсестра должна играть активную роль в судьбе пациента, иметь определенную независимость, быть инициативной, работать в «опережающем отражении». Такое поведение медицинской сестры автоматически поднимет её статус, и она будет восприниматься не как простой исполнитель, а как ассистент врача.

Литература:

1. Матвейчик Т.В, Сестринское дело в XXI веке: монография / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко, Э.В. Мезина. – Минск, 2014 – 303с.

ХОРИОРЕТИНИТ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Лукашевич Ю.Ф., Быцкевич К.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра глазных болезней

Научный руководитель – асс. Кринец Ж. М.

Актуальность. Хориоретиниты занимают высокий удельный вес в структуре воспалительной патологии глаз, с преимущественным поражением лиц молодого трудоспособного возраста, рецидивирующим характером течения заболевания, возникновением осложнений [1]. Несмотря на значительное число исследований, все авторы отмечают сложность диагностики в связи с отсутствием достаточно объективных критериев верификации этиологии и степени активности воспалительного процесса [2].

Цель исследования – изучить методы диагностики и выбор тактики лечения пациентов с хориоретинитами различной этиологии.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни проводился на базе отделения микрохирургии глаза ГОКБ за период 2012-2014 гг. Обследовано 35 пациентов с очаговыми хориоретинитами различной этиологии (15 мужчин, 20 женщин, в возрасте от 11 до 74 лет, 65,7% – жители города, 34,3% – жители сельской местности).

Результаты. У 94,29% пациентов при поступлении отмечалось снижение остроты зрения, причем у 24,24% пациентов на оба глаза. Офтальмоскопическая картина глазного дна у всех пациентов была сходной: диск зрительного нерва бледный, сосуды изменены, в макулярной либо парамакулярной зоне определялся воспалительный очаг. Локальный отек сосудистой и сетчатой оболочек вокруг очага воспаления наблюдали у 34,29% пациентов, преретинальные кровоизлияния у 5,71% пациентов. При исследовании периферического зрения на компьютерном периметре у 20% пациентов отмечалось наличие скотом различной локализации.

На основе иммуноферментного анализа токсоплазмозная этиология заболевания установлена у 17,14% пациентов, герпетическая этиология – 2,87%, токсоплазмозно-герпетическая – 8,57%, хориоретинит смешанной этиологии (герпетическая, токсоплазмозная, цитомегаловирусная, хламидийная) – 28,57%, хориоретинит неясной этиологии – 42,86%. При лабораторной диагностике у 51,43% пациентов в общем анализе крови имелись изменения: лейкоцитоз – 28,57%, ускорение СОЭ – 22,86%, лимфоцитоз – 14,29%. Отклонения в иммунограмме в виде повышения активности Т-клеточного иммунитета, снижения Ig A и IgE найдены у 20% пациентов. При этом общий анализ мочи и биохимический анализ крови у всех пациентов соответствовал норме.

В случае клинико-лабораторного подтверждения этиологии заболевания лечение острого хориоретинита начинали с этиологической терапии. Применялись антибиотики широкого спектра действия, а также широко использовалась противовоспалительная терапия кортикостероидами, НПВС, вазоактивные препараты, антиоксиданты, препараты, усиливающие трофическую функцию, мидриатики.

Выводы. При анализе полученных результатов обращает на себя внимание низкий уровень диагностики этиологии данного заболевания. Только в половине случаев был выявлен возбудитель воспаления. Проведенное исследование подтвердило высокую эффективность комбинированного лечения пациентов с хориоретинитами различной этиологии. Дальнейшее изучение данной проблемы позволит разработать более конструктивные подходы к диагностике хориоретинитов. Совершенствование помощи пациентам, страдающим воспалительными заболеваниями заднего отдела увеального тракта, остается важнейшей задачей офтальмологической службы.

Литература:

1. Авдеева, О.Н. Роль методов инструментальной диагностики в верификации активности хориоретинитов различной этиологии / О. Н. Авдеева // Медицинский вестник Башкортостана. – Т. 9. – №2. – С.154-156
2. Полунин, Г.С. Современные подходы к комплексному лечению хориоретинитов различной этиологии / Г.С. Полунин, О.К. Воробьева // Клиническая офтальмология. – Т. 3. – №1. – С. 16-18.

ИЛЕОТРАНСВЕРЗОСТОМИЯ С СОХРАНЕНИЕМ ПРАВОГО ФЛАНГА ТОЛСТОЙ КИШКИ И ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ

Лукашевич Ю.Ф. Хакимов Х.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – к.м.н., доц. Цилиндзь И.Т.

При создании илеотрансверзоанастомоза и выключении из пассажа кишечного содержимого слепой кишки с илеоцекальным клапаном и восходящего отдела ободочной кишки возникает синдром "слепого мешка". Клинически это состояние проявляется неустойчивым стулом, чаще поносами, болями в правой половине живота. Эти симптомы связаны с отсутствием регулирующей функции баугиниевой заслонки, а также ретроградным забросом и скоплением кишечного содержимого в слепой кишке и восходящей части ободочной.