

отмечена поздняя диагностика ВИЧ – после рождения ребенка. В большинстве случаев дети, рожденные женщинами с ВИЧ, сняты с диспансерного учета, как неинфицированные. Среди детей, матери которых в период беременности и родов не были аттестованы на ВИЧ, частота врожденной ВИЧ-инфекции достигает 64,3%, в то время как при проведении комплекса профилактических мероприятий вертикальная передача ВИЧ реализовалась в 2,4% случаев. Это подчеркивает важность ранней диагностики ВИЧ у женщин, осознанного подхода к планированию беременности на фоне ВИЧ и высокой приверженности к мерам ППМР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Женщины и ВИЧ-инфекция, современное состояние проблемы / А. С. Мельников [и др.] // Педиатр. – 2015. – Т. 6, № 1. – С. 5–10.
2. Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции на территории Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.bel aids.net/>. – Дата доступа: 22.10.2023.
3. Солодовникова, В. Н. Эпидемиологические особенности ВИЧ-инфекции у беременных женщин и рожденных ими детей / В. Н. Солодовникова // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 8–13.
4. Беременность у ВИЧ-инфицированных и антиретровирусная терапия – перспективы рождения здоровых детей / А. С. Мельников [и др.] // Акушерство и гинекология Санкт-Петербурга. – 2017. – № 1. – С. 22–25.
5. Бондарь, С. Н. Состояние здоровья детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей / С. Н. Бондарь, А. А. Ключарева // Вестник Национальной Академии Наук Беларуси. Серия медицинских наук. – 2013. – № 2. – С. 70–74.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

Квятковская О.А.¹, Носович М.А.², Парфенчик Е.А.²

¹Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения

²Гродненский государственный медицинский университет,

Актуальность. Врожденная мышечная кривошея – это патология грудино-ключично-сосцевидной мышцы (m.sterno-cleido-mastoideus), которая приводит к ее фиброзной трансформации и укорочению, что влечёт за собой неправильное положение головы ребёнка, а также сопутствующим проблемам, таким как сколиоз и задержка развития. Заболевание является одним из часто встречающихся. Данная патология имеет влияние не только на физическое здоровье, но и на психологическое и социальное благополучие пациентов. Изучение врожденной мышечной кривошеи позволяет лучше понять эти

аспекты и разработать программы поддержки и реабилитации, улучшающие качество жизни пациентов [1, 2].

Кривошея – полиэтиологическая патология опорно-двигательного аппарата. Проявляется в течении первых недель жизни как изолированное заболевание [3].

Диагностика базируется на основании данных анамнеза, клинического обследования. Основой лечения является физиотерапия. В случаях, когда консервативное лечение не даёт желаемых результатов, можно прибегнуть к хирургическому лечению [4].

Цель. Изучение индивидуальных клинических особенностей, причин происхождения и эффективность консервативного и хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи.

Методы исследования. Ретроспективно было изучено 22 истории болезни детей обоего пола в возрасте от 0 до 17 лет, находившихся на лечении в учреждении здравоохранения «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2015 по 2023 год. Для статистического анализа была использована программа Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования было выяснено, диагноз врожденная мышечная кривошея ставился мужскому полу в 61%, женский пол составил 39%. При изучении количества беременностей и родов, можно сделать вывод, что данная патология в основном встречается при первой беременности – 86%. Из акушерского анамнеза следует, что частота встречаемости кривошеи составила 86% у детей, чьи матери были первородящими, и у 14% – вторая и последующие беременности. Имеется зависимость от стороны поражения кивательной мышцы: поражение с левой стороны наблюдалось у 56% детей, на долю правой стороны приходится 44%. Видимая, пальпируемая припухлость, известная как грудино-сосцевидная опухоль, определяется в 50% случаев. Наблюдалось ограничение объема активных движений в шейном отделе позвоночника у 77% детей. При оценке положения головы было выявлено, что 78% детей имеют неправильное положение. Из всех наблюдаемых детей консервативное лечение проводилось 76%, а хирургическое в 24%. Из консервативного лечение проводилась лечебная физкультура, выполнялись инъекции лидазы и физиотерапевтическое лечение. Из оперированных пациентов 83% проводилась миотомия, 17% - тенотомия.

В большинстве случаев без должного лечения врожденная мышечная кривошея приводит к неправильному положению головы и ограничению подвижности шейного отдела позвоночника. Для успешного консервативного лечения данной патологии необходимы: правильный сбор анамнеза, своевременная постановка диагноза, диагностика, своевременное лечение и диспансерное наблюдение, а также обучение родителей корригирующим упражнениям. Своевременное консервативное лечение позволяет не только устранить заболевание в раннем детском возрасте, но и сократить количество хирургических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курс лекций по травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии. – Учебное издание / М. Г. Диваков, М. А. Никольский. – Витебск, ВГМУ, 2001. С 63–69.
2. Травматология и ортопедия: учеб. Пособие для студентов леченого и педиатрического факультетов / В. В. Лашковский [и др.]; под ред. В. В. Лашковского. – Минск: Новое знание, 2018. – 520 с.
3. Реабилитация в травматологии и ортопедии : руководство. 3-е изд., В. А. Епифанов, А. В. Епифанов [и др.]. 2021. – 560 с.
4. Дьяконов, П. И. Болезни шеи. Врожденные заболевания / П. И. Дьяконов. – СПб, 1902. – 92 с.

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ САМООТНОШЕНИЕ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ УСЛОВИЯМИ ТРУДА КАК ФАКТОРЫ ИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СУБЪЕКТНОСТИ

Кежун Е.Р.

Гродненский государственный университет им. Я.Купалы

Актуальность. Удовлетворенность трудом является важным условием развития субъекта в профессиональной деятельности. Данное условие связано с понятием мотивации сотрудников и человеческими ресурсами. Проблема удовлетворенности трудом и качество жизни рассматривается во многих исследованиях, но исторически данная проблема впервые была раскрыта в Хотторнском эксперименте, в котором независимо от изменений условий работы продуктивность работы «тестовой» группы, размещенной для участия в исследовании в отдельном помещении, неуклонно росла. В нашем исследовании фокус внимания направлен на удовлетворенность трудом врачей.

Можно выделить три группы компонентов удовлетворенности трудом: социальные, внутриорганизационные и личностные. Социальными компонентами принято считать общественно разделяемые представления об организации деятельности и рабочем месте конкретного сотрудника, престижность организации и профессии. Выбор конкретной специализации в медицине также связано с вопросом о престиже, так как понятие престижа для конкретного абитуриента, а в будущем выпускника и работника имеет свои собственные субъективные смыслы [1].

Внутриорганизационные компоненты включают удовлетворенность субъекта оплатой и условиями труда, руководством и коллективом. Для субъектов врачебной деятельности также следует учитывать конкретные условия труда и характеристики взаимодействия с коллегами, а также организацию трудовой деятельности, техническую оснащенность рабочего пространства. Профессиональное самоотношение врача – динамическая