

каудальных отделов парамезонефральных протоков между ними находится общая перегородка и только лишь у зародышей с ТКД 33 мм перегородка между ними исчезает и образуется общий просвет, который является полостью будущей матки. На сагиттальных срезах эмбриональная матка представлена в виде трубки вытянутой формы, имеет узкую полость, которая открывается в мочеполовой синус.

Таким образом, слияние каудальных отделов парамезонефральных протоков начинается у зародышей с ТКД 29 мм, которые имеют общую перегородку. Окончательное слияние каудальных отделов протоков и формирование матки наблюдается у зародышей с ТКД 33 мм.

ВАРИАНТ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ НЕТЯЖЕЛОЙ ВНЕГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ

Тишин А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра факультетской терапии

Научный руководитель - к.м.н., ассист. Виноградова Т.А.

В связи с недостаточной информативностью и значительной продолжительностью традиционных микробиологических исследований, отсутствие у 20-30% больных продуктивного кашля, невозможности выделения культуры внутриклеточных возбудителей при использовании стандартных диагностических подходов, прием антибактериальных препаратов до установления диагноза делают невозможным применение этиологической классификации пневмоний в амбулаторной практике. Поэтому существуют четкие рекомендации по лечению амбулаторных пациентов с нетяжелыми внегоспитальными пневмониями, согласно которым препаратами выбора для лиц до 60 лет без сопутствующей патологии являются амоксициллин внутрь или макролиды внутрь.

Целью работы явилась оценка риска клинической неудачи лечения при использовании амоксициллина внутрь в дозе 0,5 г 3 раза в день и флемоксина-солютаба внутрь в той же дозе в течение 10 дней у амбулаторных пациентов моложе 60 лет без сопутствующей патологии.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 24 пациента, обратившихся в городские поликлиники, с клинко-рентгенологическими признаками внегоспитальной нетяжелой пневмонии, не лечившихся до обращения. Пациенты были разделены на 2 равные группы. Первая получала амоксициллин внутрь в дозе 0,5 г 3 раза в день, вторая флемоксин-солютаб внутрь в той же дозе. Диагноз устанавливался на основании клинко-рентгенологического исследования и данных ОАК. Контроль эффективности лечения проводился на 10 день терапии.

Степень риска клинической неудачи оценивали по отсутствию клинко-лабораторного эффекта от проводимой терапии и необходимости перевода больного на другие антибактериальные препараты, а также отсутствию положительной рентгенологической динамики в течение 10 дней.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования установлено, что степень риска клинической неудачи составляет для первой группы по клинко-лабораторным данным 3 случая (25%), по рентгенологическим – 2 случая (16,67%), суммарно – 41,67%. Степень риска клинической неудачи для второй группы по клинко-лабораторным данным 2 случая (16,67%), по рентгенологическим – 1 случай (8,33%), суммарно – 25%. Высокая клиническая эффективность флемоксина-солютаб, вероятно, объясняется быстрым и практически полным всасыванием

препарата при пероральном приеме. Таким образом, применение флемоксина-солютаб для лечения нетяжелой внегоспитальной пневмонии представляется более предпочтительным.

ПОНИМАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПАЦИЕНТАМИ И МЕДПЕРСОНАЛОМ

Тодрик И.А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Научный руководитель - Хмельницкая Э.Г.*

Многие авторы подчеркивают важность эмоциональной поддержки, которую получает пациент от медперсонала. Наиболее важная составляющая эмоциональной поддержки (ЭП) - это ощущение пациентом того, что его понимают и уважают (Salmon, 2002). ЭП строится на попытке врача прояснить актуальные переживания пациента и адекватно скорректировать их, выявить и удовлетворить ожидания пациента от взаимодействия с медперсоналом, что повысит удовлетворенность оказываемой медицинской помощью.

Исследования зарубежных авторов выявили, что ощущение пациентами эмоциональной поддержки со стороны медперсонала приводит к снижению у пациентов депрессивных реакций (Rosenberg и соавт. 1988), снижению иммуносупрессии (Linn и соавт. 1988; Levy и соавт. 1990), улучшает адаптацию к послеоперационному периоду (Auerbach и соавт. 1984). Несмотря на большое значение эмоциональной поддержки, пациенты, как и медперсонал, не всегда правильно понимают ее.

Цель данного исследования - выяснить особенности понимания эмоциональной поддержки пациентами и медперсоналом. Пациентам, врачам и медсестрам была предложена анкета, в которой содержалось описание переживаний пациентов, связанных с их болезнью и возможные ответы медперсонала. Один из ответов являлся ответом, выражающим эмоциональную поддержку (попытка прояснить эмоциональное состояние больного и его причины). Вторым ответом представлял собой попытку успокоить, подбодрить пациента, без прояснения причин его переживаний.

	<i>Кол-во человек, принявших участие в исследовании</i>	<i>Во всех ситуациях выбраны ответы ЭП</i>	<i>Кол-во ответов ЭП на ситуацию, описывающую плачущего после операции ребенка</i>	<i>Кол-во ответов ЭП на ситуацию пациента, предъявляющего большое количество функциональных жалоб</i>
Врачи	20	6 (30%)	2 (16%) из 12	10 (83%) из 12
Медсестры	21	4 (19%)	3 (18%) из 17	10 (59%) из 17
Пациенты	45	22 (49%)	6 (26%) из 23	18 (78%) из 23

Описанные в таблице данные позволяют выявить некоторые тенденции в понимании эмоциональной поддержки, которые приводят к формированию некоторых коммуникативных паттернов во взаимодействии медперсонала и пациентов: 1) стремление успокоить ребенка, без прояснения его реальных переживаний, 2) значительное увеличение предоставления эмоциональной поддержки пациентам с функциональными жалобами. Невысокая потребность (49%) в ЭП со стороны самих пациентов, вероятно, связана с низкой медицинской культурой населения, избеганием открыто говорить с врачом о своих переживаниях, нежеланием обременять врача своими проблемами. Исследование требует дальнейшего проведения, с целью выявления причин формирования коммуникативных стереотипов.