

период во-многом зависит клинико-психологическая эффективность лечения, отношение больного к жизни в новых биологических и социальных условиях существования. Целью настоящего исследования явилось провести оценку удовлетворенности врачей деятельностью медицинских сестер с разным уровнем подготовки.

В работу включены результаты изучения деятельности 415 медицинских сестер хирургических отделений стационаров г.Ростова-на-Дону. Медицинские сестры были разделены на две группы: I группа – медицинские сестры, имеющие повышенный уровень среднего образования (n=205) и II группа – медицинские сестры, получившие базовый уровень среднего медицинского образования (n=210).

Оценка профессиональных качеств и эффективности работы медицинских сестер различной подготовки была проведена с помощью опроса врачей, работающих непосредственно с изучаемым коллективом работников среднего звена, а также больных, обслуживаемых медицинскими сестрами. В анкетировании врачей участвовали 158 человек.

При анализе результатов анкетирования врачей, работающих с медицинскими сестрами I-й группы, было выявлено следующее: в 87,8% медицинские сестры из I-й группы понимали задачу в полном объеме и быстро ее выполняли. Врачи отмечали высокую степень старания 85,4% медицинских сестер при выполнении своих функций. Высокая самоорганизация среднего медицинского персонала и отсутствие необходимости их тщательного контроля имела место в 70,7%. Врачами было замечено, что 73,2% медицинских сестер расценивали себя как члены общей команды. По результатам ответов врачей было также установлено, что 63,4% сестрам были присущи энтузиазм и оптимизм. Врачи отмечали, что 51,2% медицинских сестер из I-й группы умело распределяли обязанности среди младшего медицинского персонала, при этом 75,6% работников проявляли в работе творческие способности. 68,3% медицинских сестрам I-й группы были присущи терпение, стабильность и методичность. 58,5% медицинских сестер хорошо переносили длительные перегрузки, связанные с суточными дежурствами. При выполнении работы 65,8% медицинских сестер проявляли независимую инициативу для повышения скорости выполнения манипуляций. 73,2% работников среднего медицинского персонала из I-й группы легко и эффективно овладевали новыми навыками, 68,3% часто использовали высокие технологии в работе, а 65,8% делали это умело. Врачи отметили, что 51,2% медицинских сестер требовательны к себе и точны в мелочах. 56,1% медицинских сестер при возникновении конфликтных ситуаций разрешали их, проявив гибкость мышления.

Результаты оценки врачами удовлетворенности качеством работы медицинских сестер из 2-й группы были следующими: 69% медицинских сестер из 2-й группы понимали задачу в полном объеме с быстрым ее выполнением. Врачи заметили высокую степень старания 52,4% медицинских сестер при выполнении своих функций. Для 42,9% работников среднего медицинского персонала была характерна высокая самоорганизация. Врачами была отмечена интегрируе-

мость 64,3% сестер с общей командой отделения. По результатам ответов врачей было также установлено, что 40,5% сестрам были присущи энтузиазм и оптимизм, 42,9% медицинских сестер умело распределяли обязанности среди младшего медицинского персонала, 33,3% работников среднего медицинского звена проявляли в своей деятельности творческие способности. При выполнении работы 19% медицинских сестер проявляли независимую инициативу. 28,6% работников среднего медицинского персонала из 2-й группы легко и эффективно овладевали новыми навыками, 23,8% часто использовали высокие технологии в работе. Врачи отметили, что 33,3% медицинских сестер требовательны к себе и точны в мелочах. 40,5% при возникновении конфликтных ситуаций разрешали их умело.

Вывод

С позиций врачей медицинские сестры, имеющие повышенное среднее медицинское образование, по сравнению с работниками среднего звена, имеющими базовую учебную подготовку, быстрее понимают поставленные задачи, обладают большей самоорганизацией, проявляют больше независимой инициативы, эффективнее овладевают новыми навыками, в большем проценте и с большей умелостью используют новые технологии в работе.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА ГЛАЗА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ГЛАУКОМЕ

Рева Г.В., Бабич М.Е., Кияница Н.И.

*Владивостокский государственный
медицинский университет,
Владивосток*

В настоящее время стекловидное тело (СТ) остаётся недостаточно изученной внутриглазной структурой. За истекший период времени накопились факты, которые не только расширяют и углубляют наши представления об СТ, но и ставят под сомнение справедливость некоторых основополагающих концепций, характеризующих структуру и свойства витреума человека. Есть все основания полагать, что исследовательские работы в этой области помогут решать не только фундаментальные биологические задачи, но и прикладные, особенно в лечении глаукомы, которая имеет очень сложный, недостаточно изученный патогенез. Роль СТ в механизме развития данного заболевания не совсем ясна. Нами установлено, что при глаукоме СТ претерпевает изменения, связанные с деструкцией, дегенерацией и фрагментацией его фибриллярного остова. Наличие гипогидратации СТ в переднем отделе гиалоида подтверждает концепцию А.П. Нестерова о механизме развития закрытоугольной глаукомы, согласно которой оформленное стекловидное тело смещает иридохрусталиковую диафрагму кпереди, вызывая при этом блокаду угла передней камеры. Анализируя литературные и собственные данные, учитывая накопление в корнеосклеральной сети фибронектина – экстраклеточного гликопротеина и его способность связывать коллаген второго типа, можно предположить, что нарушение оттока внутриглазной жидкости при открытоугольной

глаукоме связано с нарушением проницаемости передней гиалоидной мембраны и усиленным поступлением несвязанной воды и коллагена во влагу передней камеры, а также последующим накоплением коллагена стекловидного тела в трабекулярной сети. По нашему мнению, деструкция коллагенового остова СТ приводит к тому, что часть жидкости, не связанная с коллагеном, утратившим свои способности удерживать воду (по литературным данным 1 г коллагена удерживает 5 г воды, а также нарушенным синтезом гиалуроновой кислоты - одна молекула которой удерживает 500 молекул воды), должна пройти дренажную систему передней камеры глаза, утратившей свои пропускные способности вследствие изменений трабекулярного аппарата и эндотелия шлеммова канала. Это демонстрирует не только процесс изменения трабекулярных волокон, но и гипертрофия эндотелия шлеммова канала. Таким образом, данные о том, что при открытоугольной глаукоме происходит гипогидратация стромы переднего отдела СТ, а при закрытоугольной – гипергидратация, свидетельствуют о важной роли структур стекловидного тела в развитии глаукомы. Снижение уровня коллагена, деструкция коллагенового остова, потеря им свойства удерживать воду приводит к гипергидратации всего СТ, увеличению нагрузки на дренажную систему глаза. Для открытоугольной глаукомы приобретённой характерны нарушения оттока и продукции водянистой влаги, дистрофические изменения в переднем отделе сосудистой оболочки, асимметрия в состоянии парных глаз, прогрессирующее течение болезни. При этом наблюдается выраженная пигментация трабекулы и большие размеры экскавации ДЗН. Имеются сведения, что в эпителии цилиарных отростков идет нарушение синтеза меланина и перекисных липидов, происходит гибель пигментного эпителия, одной из важнейших функций которого является удаление метаболитов сетчатки, фильтрующихся через структуры стекловидного тела. Продукты распада клеток, заполняющие элементы дренажной системы, препятствуют оттоку жидкости и оказывают токсическое действие на все внутриглазные структуры. Интоксикация, гипоксия и последующие за ними нарушения регенерации структур оболочек глаза приводят к нарушениям зрительных функций. Мы считаем, что операции, направленные на нормализацию оттока ВГД, осуществляются в позднюю стадию заболевания и не являются патогенетически обусловленными, а, скорее, симптоматическими.

Работа представлена на юбилейную конференцию с международным участием «Современные проблемы науки и образования», 5-6 декабря 2005г., г.Москва. Поступила в редакцию 21.11.2005г.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Рева Г.В., Бабич М.Е., Кияница Н.В.
*Владивостокский государственный
медицинский университет,
Владивосток*

Тонкое строение и некоторые функции стекловидного тела остаются по сегодняшний день до конца не выясненными, но уже имеющиеся знания позволяют говорить о том, что СТ не только особая, но и весьма сложно устроенная ткань. Основная форма его абиотрофической реакции на различные патологические ситуации – это синерезис геля с формированием разжиженных или уплотнённых фракций. Стремление спадающегося коллагенового остова смещаться к зонам своего эмбриогенеза создаёт предпосылки для механического вовлечения в процесс сетчатки, её разрывы, образование складок, отслойку, ретинальные геморагии и т.п. Появление свободных полостей - резервуаров жидкости, очевидно, может являться элементом патогенеза глаукомы и отслойки сетчатки. Клинически наблюдаемый остов СТ может играть стимулирующую или сдерживающую роль в патологических разрастаниях тканей внутри глазного яблока (опухоли, шварты).

Патологические изменения в стекловидном теле глаза человека не являются вторичными, они происходят одновременно с нарушениями в других структурах глаза. Гипоксия клеток, отвечающих за синтез гиалуроновой кислоты и коллагена, снижение скорости доставки глюкозы, как исходного материала для построения и обновления фибриллярного остова, приводят к нарушению их синтеза, а также способности связывать воду, следствием чего и будут проявления сморщивания и ослабления фибриллярного остова стекловидного тела. Уменьшение концентрации свободной гиалуроновой кислоты, вследствие изменений осмотического давления, рН, а также объёма вне- и внутриклеточной жидкости приводит к ацидозу, или алкалозу, дегидратации и разжижению стекловидного тела. Диабетическая сосудистая витреоретинопатия является одним из звеньев в патогенезе диабетической патологии органа зрения, а не предшествующей развивающейся патологии стекловидного тела.

Согласно некоторым представлениям, одним из основных движущих механизмов естественной эволюции пролиферативной диабетической витреоретинопатии является сокращение стекловидного тела.

В отличие от наших данных, существует мнение, что стекловидное тело представляет собой двухкомпонентную систему: первым компонентом является трёхмерная сетка хаотически ориентированных коллагеновых волокон. Коллагеновые волокна являются электростатически нейтральными, поэтому они не образуют сшивок и позволяют объёму СТ расширяться, придавая пластичность системе. Второй компонент содержит губчатоподобные полимерные кольца гиалуроновой кислоты. Многочисленные отрицательно заряженные группы в молекулах гиалуроновой кислоты обуславливают объёмные изменения вследствие физико-химических превращений. Молекулы