

престижности и прибыльности (8 %), либо по совету родителей (6 %). Тревожным является тот факт, что около трети участников (30 %) исследования вообще не мотивированы. Их просто «не привлекали другие профессии», поэтому они решили стать врачом.

Особое значение имеет также динамика готовности работать врачом на протяжении обучения в университете. Поскольку в исследовании участвовали только студенты младших курсов, еще не имевшие опыта изучения клинических дисциплин, только 12 % респондентов указали, их отношение к профессии врача улучшилось. 30 % опрошенных, столкнувшись с большой учебной нагрузкой, изменили свое отношение к профессии в худшую сторону (заметим, что был выявлен такой же процент «немотивированных» студентов). Подавляющее большинство студентов (96 %) готовы столкнуться с трудностями будущей профессии (возможно потому, что пока плохо себе их представляют). Также нам было интересно узнать, обучались ли студенты практическим навыкам в лечебном учреждении, и как это повлияло на их отношение к профессии. Оправдались ожидания от освоения практических навыков у 40 % участников исследования, не оправдались — у 54 %. Это также косвенно может свидетельствовать о недостаточной профессиональной мотивации студентов. Практически все участники исследования не планируют продолжить обучение и получить дополнительное образование для саморазвития, так как не видят никаких преимуществ перед будущими работодателями. Мы также проанализировали ожидания будущих врачей от потенциального работодателя: наличие достойной зарплаты и полного социального пакета (26 %); благоприятные условия труда и хороший психологический климат в коллективе (28 %); возможность дальнейшего повышения квалификации (18 %); все варианты — 18 %. Практически все участники исследования выразили готовность приступить к работе врачом сразу после окончания университета (86 %).

Выводы

В результате исследования, мы сделали вывод о том, что при наличии определенных условий, большинство студентов готовы к будущей профессиональной деятельности. Поскольку небольшое количество студентов (примерно 10 %), которые считают выбор профессии неправильным либо не готовы выполнять свои профессиональные обязанности сразу после окончания университета, можно говорить о слабой профессиональной мотивации студентов младших курсов университета либо о неверных представлениях относительно содержания профессиональной деятельности врача. Следовательно, необходима целенаправленная работа по формированию готовности будущего врача к профессиональной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Душков, Б. А. Психология труда, профессиональной, информационной и организационной деятельности: словарь / Б. А. Душков, Б. А. Смирнов, А. В. Королев; под ред. Б. А. Душкова. — М.: Акад. проект: Фонд «Мир», 2005. — 847 с.
2. Попов, Л. М. Психологическая готовность к профессиональной деятельности и методы ее формирования / Л. М. Попов, И. М. Пучкова, П. Н. Устин. — Ученые записки Казанского университета. — 2015. — Т. 157, Кн. 4. — С. 215–224.

УДК 616.831-006

ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Михальченко В. А., Костина Ю. М.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Н. Н. Усова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема опухолей головного мозга (ГМ) продолжает оставаться достаточно актуальной и сложной, несмотря на успехи в области диагностики и лечения. В 2013 г. в США было диагностировано 18400 новых случаев опухолей головного мозга (10540 случаев — у мужчин и 7860 — у женщин). В этом же году 12690 пациентов умерло от этого заболевания (7200 мужчин и 5490 женщин).

Цель

Анализ и систематизация научно-исследовательской литературы о новообразованиях головного мозга.

Материал и методы исследования

В работе использованы исследования и публикации по заданной теме.

Результаты исследования и их обсуждение

Опухоли головного мозга (ОГМ) — это новообразования из атипичных клеток, располагающиеся в полости черепа. Их подразделяют на первичные, то есть возникающие изначально в ГМ, из ткани мозга или тканей мозговых оболочек, черепно-мозговых нервов, а также гипофиза; и вторичные опухоли, которые попадают в ГМ через кровоток из других органов и систем. ВОЗ в 2007 г. была принята классификация опухолей ЦНС. Согласно ей, к первичным опухолям относят: опухоли нейроэпителиальной ткани, опухоли из черепных и спинальных нервов, опухоли оболочек головного мозга, лимфомы и опухоли кроветворной ткани, опухоли из зародышевых клеток, опухоли области турецкого седла. Ко вторичным относят метастатические опухоли.

При ОГМ симптомы бывают двух типов: очаговые (первично очаговые, по соседству и на расстоянии) и общемозговые. К общемозговым симптомам относят:

- Головная боль — один из ранних общемозговых симптомов. Для доброкачественных ОГМ характерна гипертензионно-гидроцефальная головная боль, для злокачественных — гипертензионная, интоксикационная, сосудистая головная боль.

- Рвота, как общемозговой симптом, характеризуется внезапным, рефлекторным, фонтанирующим характером; часто возникает натощак, без связи с приемом пищи, без предварительной тошноты, отрыжки и боли в животе; появляется на высоте головной боли, ночью или в ранние часы. Очаговым симптомом рвота является при опухолях 4 желудочка.

- Головокружение также может быть, как очаговым (при опухолях задней черепной ямки, мозжечка и моста, 4 желудочка) симптомом, так и общемозговым (вследствие раздражения вестибулярной системы на любом ее уровне; часто сопровождается чувством страха, состоянием легкой дурноты, потемнением в глазах, потерей равновесия).

- Застойные диски зрительных нервов и атрофия зрительного нерва чаще всего возникает при глиомах, реже — при внеомозговых доброкачественных опухолях. Причина появления — повышение ВЧД или сдавление зрительного нерва.

- Психические расстройства, такие как заторможенность, ослабление внимания, изменение восприятия при доброкачественных ОГМ определяются в поздней фазе развития опухоли. При злокачественных глиобластомах и метастатических опухолях больших полушарий психические расстройства возникают сравнительно рано и отличаются постоянством и выраженностью. Есть также психические симптомы, имеющие локальное топикодиагностическое значение: при опухолях лобной доли к общей вялости, инертности, апатии добавляются симптомы «лобной психики».

- Эпилептический синдром проявляется на ранних стадиях заболевания, до появления интракраниальной гипертензии. Часто наблюдаются 2 типа приступов: джексоновские (60 %), генерализованные (28 %).

Гистологические варианты опухолей головного мозга:

Астроцитомы — первичная нейроэпителиальная (глиальная) опухоль, берущая свое начало из звездчатых клеток (астроцитов). У взрослых наиболее характерной локализацией астроцитомы ГМ является белое вещество полушарий, у детей — чаще поражение мозжечка и ствола мозга, изредка поражение зрительного нерва. Очаговые симптомы: при поражении полушария — гемипарез и гемипарестезия в руке и ноге противоположной пораженному полушарию стороны тела; при поражении мозжечка — нарушение устойчивости в положении стоя и при ходьбе, проблемы с координацией движений; при поражении лобной доли — апатия, «лобная психика».

Невринома (шваннома) — доброкачественное новообразование, развивающееся из шванновских клеток, образующих миелиновую оболочку нервов. Невриномы, как правило,

не инфильтрируют окружающие ткани, но вызывают их интенсивное сдавление. Малигнизация происходит достаточно редко. Чаще поражается слуховой нерв. Очаговые симптомы: снижение слуха (вплоть до полной потери), лицевые боли и парестезии на стороне поражения; парез мимических мышц и связанная с этим лицевая асимметрия, нарушение саливации, утрата вкуса на передних 2/3 языка; диплопия, сходящееся косоглазие; нарушение фонации, дисфагия, утрата вкуса на задней 1/3 языка и угасание глоточного рефлекса.

Менингиома — это опухоль, исходящая из менинготелиальных клеток оболочек мозга. Очаговые симптомы: в области крыльев клиновидной кости, а также на поверхности полушарий — пилептические приступы; при поражении средней черепной ямки: гипосмия, повышение ВЧД, расстройство зрения, нарушение психики, тугоухость; в височной области — нарушается слух и речь.

Аденома гипофиза — доброкачественная опухоль из железистой ткани передней доли гипофиза. Клиника: проявляются 2 основных синдрома — это офтальмоневрологический (за счет сдавления опухолью внутричерепных структур, расположенных в области турецкого седла) и эндокринно-обменный (при гормонально активной аденоме).

Выводы

Таким образом, лечение и диагностика ОГМ — сложная задача. Диагностика, вследствие локализации опухоли внутри черепа, затруднена. Помимо общемозговых симптомов, которые могут проявляться при любой локализации и типе опухоли, очаговые симптомы помогают в дифференциальной диагностике, но диагноз окончательно ставится только после гистологического заключения. Возможность успешного излечения зависит от своевременности и адекватности диагностики. Выбор метода лечения зависит от типа опухоли и от стадии её развития.

ЛИТЕРАТУРА

1. Латышева В.Я. Неврология и нейрохирургия / В.Я. Латышева, Б.В. Дривотинов, М.В. Олизарович. — Гомель, 2018. — 440 с.
2. Никифоров Н.Б. Опухоли головного мозга / Н.Б. Никифоров, Д.Е. Мацко — СПб, 2003-320 с.
3. Улитин, А. Ю. Нейроэпителиальные опухоли головного мозга / А. Ю. Улитин, Д. Е. Мацко, В. Е. Олюшин. — СПб, 2014. — 442 с.

УДК 579:616.62-002

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ПРИ ЦИСТИТАХ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Мишукова Ю. Д., Акушевич С. А., Гуришумова А. С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Л. В. Лагун

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Инфекции мочевыводящих путей относятся к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний, которые широко встречаются как в амбулаторной, так и в стационарной практике. Среди инфекций нижних мочевых путей ведущее место занимает воспаление слизистой мочевого пузыря — цистит, представляющий собой серьезную медицинскую проблему. В связи с ростом уровня заболеваемости циститом, высокой частотой рецидивирования, снижением трудоспособности и инвалидизацией пациентов, а также трудностями лечения хронических форм заболевания с учетом изменения антибиотикорезистентности микроорганизмов — актуальность данной проблемы увеличивается [1–4].

Чаще всего причиной заболевания служат микроорганизмы, проникающие в мочеполовую систему, вызывая там воспалительный процесс. Наиболее частыми возбудителями цистита являются бактерии (энтеробактерии, стафилококки и другие), микоплазмы, хла-