

Как показал опыт работы, после выполнения обучающих заданий под руководством преподавателя курсанты научились самостоятельно справляться с подобными заданиями. Несомненно, полученные навыки пригодятся обучающимся в будущей работе при написании сочинений или инструкций по любой тематике, включая военную.

Литература:

1. Коваленко А.Я. Общий курс научно-технического перевода / А.Я. Коваленко: пособие по переводу с английского языка на русский. – Киев: ИНКОС, 2004. – 320 с. – С. 236.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Артемьева Я.А., Колычева Ю.Н.
*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный
медицинский институт высшего
сестринского образования»
Краснодар, Россия.*

Одной из наиболее актуальных проблем современной неотложной хирургии является острый распространенный перитонит, вследствие роста заболеваемости и стабильно высокой летальности, достигающей 50 - 85 % при запущенных, осложнённых перитонитах.

Перитонит – воспаление серозного покрова брюшной полости – брюшины. Бывает - первичный и вторичный перитонит. Первичные перитониты встречаются редко. Вторичные перитониты возникает при осложнении острых хирургических заболеваний и травм органов брюшной полости. По клиническому течению различают острый и хронический перитонит. Наиболее целесообразной считается классификация перитонитов с выделением реактивной, токсической и терминальной фаз [1]. Преимущество такой классификации состоит в стремлении увязать тяжесть клинических проявлений с патогенетическими механизмами перитонита.

Перитониты независимо от причины, их вызвавшей, в подавляющем большинстве случаев представляют собой типичное бактериальное воспаление. Наиболее частыми возбудителями гнойных перитонитов являются кишечная палочка (65%) и патогенные кокки (30%). В современных условиях отмечается также значительная активация условно-патогенной флоры, участвующей в нагноительном процессе в брюшной полости: не облигатных анаэробов, бактероидов и пр. Нередко возникновение перитонита обусловлено

несколькими бактериальными возбудителями одновременно; подобные ассоциации наблюдаются у 35% больных [2]. В патогенезе перитонитов основная роль принадлежит интоксикации. Подсчитано, что брюшинный покров человека примерно равен по площади кожному покрову. Поэтому развивающийся в брюшной полости нагноительный процесс быстро приводит к наводнению организма токсинами как бактериального, так и не бактериального (эндогенного) происхождения, способными как избирательно, так и в различных сочетаниях вызывать резкую иммунологическую перестройку организма, получившую в литературе название стресса. В начальной стадии перитонитов наблюдается стойкий парез кишечника, гиперемия брюшины, ее отечность и начало экссудации в полость живота через растянутые клетки эндотелия кровеносных сосудов. В дальнейшем при воспалении брюшины отмечаются расстройства гемодинамики в виде портального застоя со снижением артериализации и гипоксией печени [2]. За гипоксией следует падение белково-образующей функции органа: сначала резко снижается уровень белка, а затем нарушаются его синтез (получение) и ресинтез (расщепление). Убывает дезаминирующая и мочевинообразовательная функции печени. Нарастает в крови содержание аммония и гликоля. Исчезает запас гликогена в печени. Позднее нарушаются ассимиляция (использование) органом моносахаридов и синтез гликогена. Первоначальная гипогликемия (снижение гликогена) сменяется гипергликемией (повышение гликогена). Развивается дегидратация организма с расстройством электролитного обмена, падением содержания хлоридов. В надпочечниках происходит изменение клеток с выраженным некробиозом коркового слоя и обеднением его хромоаффинной субстанцией. В сосудах легких развиваются застой крови, гиперемия, в основном вследствие слабости мышцы сердца и многочисленных гипостазов; в легких — отек.

Цель работы - изучение особенностей сестринского процесса при перитоните.

Задачи работы:

-анализ результатов лечения 10 пациентов с перитонитом, с разным характером возникновения, находившихся на лечении в хирургических отделениях МБУЗ КГК БСМП.

-изучение тактики медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациентов с острым перитонитом.

Материалы и методы - Возраст пациентов составлял от 35 до 65 лет. У 8 пациентов перитонит возник из-за осложнения острых

хирургических заболеваний, у 2 в результате травм органов брюшной полости. Результаты лечения оценивались по объективным критериям состояния пациентов.

Лечение проводилось хирургическое, по экстренным показаниям, заключалось в удалении очага воспаления, санации брюшной полости, её дренировании. В послеоперационном периоде проводилось восстановление водно-электролитного баланса. После операции назначили пациентам антибиотики, массивную инфузионную терапию, направленную на восстановление иммунитета, функций ЖКТ, профилактику осложнений. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 3 больных:

- 1) двусторонняя нижнедолевая пневмония - у 1 пациента;
- 2) сепсис - у 1 пациента;
- 3) кишечная непроходимость - у 2 пациентов;

При лечении больных с перитонитом весьма важное значение имеет сестринский процесс.

Сестринский процесс – это системный, хорошо продуманный, целенаправленный план действий медсестры, учитывающий потребности пациента. После реализации плана необходимо обязательно провести оценку результатов.

Стандартная модель сестринского процесса состоит из пяти этапов:

- 1) медсестринского обследования пациента, определения состояния его здоровья;
- 2) постановки медсестринского диагноза;
- 3) планирования действий медицинской сестры (медсестринских манипуляций);
- 4) реализации (осуществления) сестринского плана;
- 5) оценки качества и эффективности действий медсестры.

После обследования и начала лечения были выявлены существующие на данный момент проблемы пациентов: невозможность передвигаться вследствие сильных болей в области живота, нарушение потребностей есть, спать, нарушение досуга. Также выявлены потенциальные проблемы: местные нарушения кровообращения, нарушение нормального опорожнения кишечника, застойное явление в лёгких, возможность образования тромбов в сосудах.

Были поставлены следующие сестринские диагнозы: боль, задержка стула, беспокойство, страх, слабость, нарушение сна. После выявления проблемы пациентов были оп-

ределены цели медицинской сестры по уходу за больными: краткосрочные и долгосрочные.

К зависимым вмешательствам относили в/мышечное и в/венное введение медикаментов, постановку капельниц, забор биологических материалов на анализы. Взаимозависимыми вмешательствами были промывания дренажей, ежедневные перевязки совместно с лечащим врачом. Весьма значительным у данной категории больных был объем независимых вмешательств. К ним относили: постоянный мониторинг основных показателей жизнедеятельности (сознание, число сердечных сокращений, температура тела, почасовой диурез), контроль за отделяемым по зондам, дренажам, поддержание их проходимости. После восстановления пассажа по кишечнику проводилось дробное диетическое питание больных. Значительное внимание уделялось гигиене больных (поддержание чистоты ротовой полости и тела), а также профилактике пролежней.

После осуществления независимых, зависимых и взаимозависимых вмешательств была произведена оценка эффективности сестринского процесса. Отмечено улучшение состояния больных, уменьшение жалоб на боль, нормализация работы ЖКТ (самостоятельный стул к концу 1 недели, восстанавливается перистальтика кишечника).

Выводы: После осуществления независимых, зависимых и взаимозависимых вмешательств была произведена оценка эффективности сестринского процесса. Отмечено улучшение состояния больных, уменьшение жалоб на боль, нормализация работы ЖКТ, заживление ран, ранняя активизация пациентов. Исчезли такие проблемы как: беспокойство, страх, нарушение сна. Эффективностью сестринского процесса явился показатель здоровья обследуемых пациентов. Благодаря своевременному лечению и правильной реализации сестринского процесса, пациенты пошли на поправку и проявляли самостоятельность в двигательной активности.

Литература:

1. Альперович Б.И. Неотложная хирургия живота /Б.И.Альперович, М.М.Соловьев.-Томск: ИД «Курсив», 2002, -221с.
2. Хирургические инфекции/Под редакцией И.А.Ерьюхина, Б.Р.Гельфанда, С.А.Шляпникова. – СПб.: Питер, 2003.-864 с.