

ней, реалистичной. Знакомятся как в реальной жизни, так и в Интернете.

Пятая малая группа. К ней относятся люди, обладающие нормальной самооценкой по первому тесту и заниженной по второму. Предпочитаются знакомиться в Интернете.

Шестая малая группа – люди с неустойчивой и заниженной самооценкой по первому тесту и заниженной по второму. Обладают высокой ригидностью и средней тревожностью. Предпочитают знакомства в Интернете.

Седьмая малая группа – респонденты с устойчивой, реалистичной самооценкой по первому тесту и пониженной по второму тесту. Испытуемые данной группы не исключают возможности знакомства обоими способами, но все же отдают предпочтение знакомствам в сети Интернет [6].

Результаты исследования представлены в таблице 1

Таблица 1. Соотношение уровней самооценки.

Интернет знакомства	50/50	Знакомства в реальной жизни
2, 5 и 6 группы	1, 4 и 7 группы	3 группа
Преобладает неустойчивая, заниженная, критичная и устойчивая низкая, реалистичная самооценки	Преобладает устойчивая высокая, реалистичная и неустойчивая завышенная, нереалистичная самооценки	Преобладает устойчивая, высокая и реалистичная, нормальная самооценка
34 человека	30 человек	11 человек

Данная таблица позволяет более обобщенно взглянуть на полученные нами результаты. Мы видим, что у подавляющего большинства респондентов, предпочитающих знакомства в Интернет сети, проявляются черты заниженной и завышенной самооценки. Респонденты же с высокой, реалистичной самооценкой предпочитают заводить новые знакомства в реальной жизни.

Выдвинутая нами гипотеза подтвердилась. Самооценка влияет на выбор способа знакомств. Люди с нормальной, адекватной самооценкой чаще знакомятся в реальной жизни, чем в Интернете, в отличии от людей с заниженной и завышенной самооценками.

В рамках данной проблемы в будущем возможно направить внимание на изучение причин «застревания» людей с заниженной и завышенной самооценками в сети Интернета.

Литература:

- 1.Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. СПб.: Наука, 2001
- 2.Блейхер В.М. Клиническая патопсихология. – Ташкент, 1976
- 3.Пиантонида Р. Классификация Интернет-менов, 2011г
- 4.Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. В 2 т. М.,1989.
5. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп -М., 2002г.
6. Бекетова Е.А., Колесникова В.О. Особенности самооценки у людей, осуществляющих

знакомство в интернет-пространстве и реальной жизни // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2.; URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=15886>

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

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

До настоящего времени одной из актуальных проблем хирургии остается лечение острой кишечной непроходимости (ОКН). Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острая кишечная непроходимость относится к наиболее трудным для диагностики, отличается тяжелым клиническим течением, дает самую высокую летальность среди больных, оперированных по поводу «острого живота» [1]. ОКН – заболевание, которое характеризуется частичным или полным нарушением продвижения содержимого по желудочно-кишечному тракту.[2] Достижение фундаментальных наук, развитие медицинской науки и техники дали возможность более детально изучить патогенез ОКН, распознать глубокие изменения, происходящие в организме, лучше понять нарушения микроциркуляции и молекулярные изменения в кишечной стенке. Для распознавания ОКН ис-

пользуют лапароскопию, фиброэндоскопию, УЗИ, ангиографию, рентгенологические исследования.

Цель исследования: изучить теоретические основы острой кишечной непроходимости, роль медицинской сестры в лечении этого заболевания.

Задачи:

Рассмотреть механизм, факторы и причины кишечной непроходимости.

Изучить клинические проявления острой кишечной непроходимости.

Изучить диагностическую базу острой кишечной непроходимости.

Разработать содержание этапов сестринского процесса.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе МУЗ КГК БСМП в хирургическом отделении №1. За год по данным журнала поступления (движения) больных с диагнозом ОКН было госпитализировано 115 человек с различными формами механической ОКН. Больным проводились комплексные клиничко-лабораторные и лучевые методы диагностики: ультразвуковые, рентгенологические, контрастное исследование желудочно-кишечного тракта, фиброэндоскопия. Данные диагностики органов брюшной полости позволили верифицировать различные формы ОКН. Спаечная непроходимость была диагностирована у 52%; obturационная непроходимость - у 40%; странгуляционная непроходимость - у 8%. Оперативное лечение проведено 107 пациентам. Консервативные методы лечения оказались эффективными у 8 больных со спаечной ОКН. Анализ сопутствующей патологии показал, что у 4 пациентов причиной непроходимости были опухоли гениталий, еще у 2 - рецидив опухоли толстой кишки в забрюшинных лимфоузлах. У 1 пациента ранняя послеоперационная кишечная непроходимость, возникла после гастроэктомии. Причиной функциональной ОКН у 50% больных были послеоперационные парезы, в 30% случаях она возникла на фоне хронических заболеваний различных органов и систем, как следствие нарушений основных функций кишечника.

Были изучены 10 историй болезней, пациентов, находящихся в отделении. Из них 7 мужчин и 3 женщин. Возраст пациентов составил в среднем 62 года и колебался от 51 до 78 лет. У 4 больных диагностирована механическая кишечная непроходимость (опухолевая), у 3 больных - острая спаечная кишечная непроходимость, у 2 больных ущемление грыжи с симптомами кишечной непроходимости, у 1 больного ранняя послеоперационная кишечная

непроходимость. Для диагностики нозологической формы ОКН и ее уровня использовали комплекс современных методов обследования. Всем больным с симптомами кишечной непроходимости применялась обзорная рентгенография брюшной полости. По ее результатам определяли локализацию препятствия и уровень непроходимости. При подозрении на спаечную ОКН использовали пассаж контрастного вещества по желудочно-кишечному тракту в динамике. Лапароскопия применялась у больных с ишемическими формами ОКН: странгуляционной и мезентериальном тромбозе. Ультразвуковое (УЗИ) исследование органов брюшной полости проведено всем больным. Оно позволяет дифференцировать тонко- и толстокишечную непроходимость, получать достоверную информацию о локализации и характере патологического процесса, выявлять признаки запущенности ОКН: выпот в брюшной полости и его количество, степень дилатации кишки, метастазы в печень и лимфоузлы.

Этапы сестринского процесса:

1 этап - Сбор анамнеза

Выявление факторов риска: пожилой возраст, болезни, поражающие нервы или мышцы (болезнь Паркинсона и др.), перенесенные операции на органах брюшной полости, последствия инфекции.

2 этап - Выявление проблем пациента

1. Настоящие: боль, отсутствие стула, вздутие живота, рвота, выраженные симптомы интоксикации.

2. Потенциальные: тромбоэмболия, сепсис, острая сердечно-сосудистая недостаточность.

3 этап - Планирование сестринского вмешательства

1. Краткосрочные: профилактика пролежней, купирование болевого синдрома, интенсивная инфузионная терапия.

2. Долгосрочные: дыхательная гимнастика, восстановление обмена веществ, восстановление кишечной перистальтики.

4 этап - Сестринское вмешательство

1. Независимое: досуг и диета, мониторинг АД, ЧДД, суточного диуреза, термометрия, контроль за соблюдением личной гигиены и санитарно-эпидемиологического режима в палате, беседа с больными и родственниками о характере заболевания, о методах профилактики и возможных осложнениях.

2. Зависимое: дача препаратов по назначению врача, зондовое кормление.

3. Взаимозависимое: обучение дыхательной гимнастики, перевязки.

5 этап - Оценка эффективности: Уменьшение болей, отсутствие симптомов ин-

токсикации, восстановление кишечной перистальтики.

Выводы:

Благодаря современным методам диагностики, анатомические формы ОКН устанавливаются на ранних стадиях заболевания, что позволяет своевременно начать лечение. Также установлено, что осуществление сестринских вмешательств играет важную роль в процессе лечения пациента. После осуществления сестринских вмешательств была произведена оценка их эффективности. Отмечено улучшение состояния больных, уменьшение жалоб на боль, восстановление водно-электролитного баланса и диуреза, нормализация работы ЖКТ, появление стула. Благодаря своевременному лечению и правильной реализации сестринского процесса, все пациенты выписались в удовлетворительном состоянии.

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.Ерюхина, Б.Р.Гельфанда, С.А.Шляпкина. – СПб.: Питер, 2003.-864 с.

ВЗАИМОВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ ЖИЗНИ И ОБУЧЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У СТУДЕНТОВ КММИВСО

Крайнюкова З.В., Глинчик С.Е.,
Щербинина И.Г.

*МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования»
Краснодар, Россия*

За последние годы наряду с повышением заболеваемости населения различными соматическими болезнями отмечается, в частности, рост случаев такого гастроэнтерологического заболевания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [1-4]. В процессе изучения причин, приводящих в возникновению данного заболевания, врачами указывались многие факторы (включая *Helicobacter pylori*), безусловно имеющие значение в происхождении язвенной болезни [7]. В этот же список входили и психогенные причины, но о степени их значимости велись постоянные споры. Известно, что такие заболевания, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастриты,

гастроудодениты у студентов в половине случаев диагностируются впервые во время учебы в вузе, что связано с большой психоэмоциональной нагрузкой студентов, в связи, с чем данная проблема приобретает важное значение в деле укрепления и восстановления психического и соматического здоровья данного контингента [2, 5, 6].

Цель исследования: изучение взаимовлияний условий жизни и обучения на развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта у студентов МАОУ ВО «Краснодарский муниципальный медицинский институт высшего сестринского образования» (КММИВСО).

Предмет исследования: взаимовлияние условий жизни и обучения на развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта у студентов КММИВСО.

Гипотеза исследования: неблагоприятные условия жизни и перенапряжение во время обучения ведет к развитию заболевания желудочно-кишечного тракта у студентов.

Задачи исследования:

- 1) провести анкетирование студентов КММИВСО по вопросам их образа жизни;
- 2) выявить у студентов основные симптомы, характерные для заболеваний желудочно-кишечного тракта.

В исследовании приняли участие 30 студентов 3 курса специальности «Акушерское дело» факультета среднего профессионального образования. Методика исследования включала анкетирование.

Анализ результатов исследования показал, что общее состояние своего здоровья субъективно как хорошее оценивают только 14 % студентов. Подавляющее большинство студентов 85 % отметили, что *учеба требует у них большого умственного и психического напряжения*. Также большинство студентов ведут малоподвижный образ жизни, что негативно сказывается на их состоянии здоровья. При анализе *ритма и характера питания*, что является также этиологическим фактором в возникновении гастроэнтерологической патологии выяснилось следующее: 80 % студентов питаются 1–2 раза в день, мотивируя это напряженным графиком занятий и самоподготовки.

Анализ симптомов, характерных для заболеваний желудочно-кишечного тракта показал, что жалобы на боли и другие неприятные ощущения в животе предъявляли 62 %, у 29 % эти жалобы сочетались с жалобами на изжогу, отрыжку или тяжесть в желудке, у 43 % – с жалобами на расстройство стула, из них 24 % – жа-