

ляемым, болью при пальпации. При хроническом парапроктите ведущую роль для диагностики играет анамнез заболевания. Локально признаков воспаления может не быть. Определяется наружное отверстие параректального свища.

Лечение парапроктита проводится с соблюдением традиционных подходов к принципу лечения гнойно-воспалительного заболевания. Воздействие на местный очаг заключается в применении патогенетически обоснованной операции — это вскрытие парапроктита с обязательным иссечением морганиевой крипты как устья выводного протока воспаленной анальной железы.

Этапы операции при остром парапроктите: радиальный разрез кожи в параанальной области над местом наибольших воспалительных изменений, вскрытие абсцесса. При ревизии полости абсцесса выявляем внутреннее отверстие свища, открывающегося в анальную крипту. По желобоватому зонду выполняем рассечение свища, открывающегося в крипту.

Этапы операции при хроническом парапроктите: через наружное отверстие имеющегося параректального свища проводим пуговчато-желобоватый зонд по направлению к причинной крипте ануса; свищевой ход иссекается клиновидно по зонду; при необходимости накладываются наводящие швы на рану.

В послеоперационном периоде проводится антибиотикотерапия, симптоматическое лечение, перевязки, физиолечение.

Выводы:

1. Парапроктит у детей — относительно нередкое заболевание, не представляющее трудности в диагностике.

2. Консервативное лечение данного заболевания не приводит к успеху, так как требуется ликвидация причины парапроктита.

3. Радикализм оперативного лечения в острую фазу воспаления позволяет исключить рецидивирование и хронизацию воспалительного процесса в параректальной клетчатке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К. У. Детская хирургия [Текст]/К. У. Ашкрафт, Т. М. Холдер. — СПб.: Пит-Тал, 1997. — Т2. — 392 с.
2. Баиров Г. А. Гнойная хирургия детей [Текст]: рук-во для врачей/Г. А. Баиров, Л. М. Рошаль. — Л.: Медицина, 1991. — 267 с.
3. Столяров Е. А. Хирургическая инфекция. Руководство для врачей общей практики [Текст]/Е. А. Столяров, Б. Д. Грачев. — М.: Медицина. — 2004. — 229 с.

Н. М. Багирова

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ДЕТСКОГО РЕАНИМАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Детская городская клиническая больница № 9
г. Екатеринбург*

Аннотация

Представлен опыт работы медицинской сестры реанимационного отделения крупного многопрофильного лечебного учреждения.

Ключевые слова: дети, организация сестринского дела.

Проблема неотложных состояний у детей занимает одно из ведущих мест в педиатрии. Развитие угрожающих состояний обусловлено анатомо-физиологическими особенностями детского возраста, лабильностью ней-

рогуморальной регуляции основных функций организма, быстрой истощаемостью адаптационно-приспособительных механизмов при продолжительном и интенсивном воздействии повреждающих факторов. Современные

достижения медицины критических состояний значительно расширили возможности эффективного лечения пациентов, состояние которых ранее считалось безнадежным. Борьба за жизнь тяжело больных детей становится возможной при условии интенсивного проведения лечебных мероприятий, включающих применение разнообразной медицинской аппаратуры и сложных реанимационных приемов.

В Детской городской клинической больнице №9 города Екатеринбурга функционирует отделение анестезиологии и реанимации на 20 коек, где получают неотложную круглосуточную помощь дети из Екатеринбурга и Свердловской области. Уникальность данного отделения — в его многопрофильности, в нем оказывается помощь детям не только с острой хирургической патологией, которые поступают силами бригад «Скорой помощи» и Территориального Центра Медицины Катастроф, а также из других отделений стационара после объемных плановых оперативных вмешательств, но и пациентам педиатрического профиля, среди которых значительная доля детей с неврологической патологией.

В процессе оказания помощи активно используются современные инновационные технологии, которые включают в себя: проведение противошоковой терапии с использованием современных плазмозаменяющих растворов без применения препаратов крови; экспресс-диагностику сепсиса прокальцитониновым тестом; методики гравитационной хирургии крови для детоксикации организма (аппарат экстракорпоральной коррекции гомеостаза и детоксикации Gambro Prismaflex); методика инвазивного мониторинга внутричерепного давления у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой; ингаляционная седация с применением системы «АнаКонДа». Отделение оснащено современной дыхательной аппаратурой, что позволяет проводить искусственную вентиляцию легких в различных режимах, бронхоскопической техникой, кардиомониторами, целым парком шприцевых насосов для точного дозирования лекарственных средств, ларингальными масками, закрытыми аспирационными системами. В соответствии с этим сестринский процесс в отделении реанимации требует от персонала фундаментальной подготовки, профессиональных навыков и большой самоорганизанности.

Работа медсестры в реанимационном отделении отличается большими физическими и эмоциональными нагрузками, динамична, насыщена экстремальными ситуациями. Большой объем работы требует от медсестры быстроты и высокого профессионализма при осмотре больного и принятии решения. Развитие инновационных технологий привело к значительному усложнению сестринских манипуляций, особенно связанных с применением сложной медицинской аппаратуры. При этом современная медицинская сестра должна не просто рутинно выполнять назначения врача, а быть грамотным специалистом в лечебно-диагностическом процессе, знать все проблемы пациента.

Наиболее сложными и тяжелыми в плане лечения и ухода в отделении реанимации являются пациенты с термической, черепно-мозговой и скелетной травмами.

Травма — ведущая причина детской смертности, черепно-мозговая травма признается одной из самых важных медицинских и социальных проблем. Ее особенную актуальность определяют следующие факторы: черепно-мозговые повреждения занимают первое место среди всех травм в детском возрасте, требующих госпитализации, и составляют до 37,6% от всей детской травмы вообще; в последнее десятилетие нейротравма стала занимать первое место в структуре детской смертности; нейротравма является одной из основных причин возникновения тяжелых неврологических и психических расстройств у детей с развитием гидроцефалии, эпилепсии, слабоумия и т. д. Ожоги стоят на втором месте среди травм детей в возрасте до 5 лет. У детей термические поражения являются наиболее распространенными и тяжелыми из всех травматических повреждений. Термические поражения кожного покрова нередко сочетаются с ингаляционной травмой дыхательных путей и механической травмой. Сочетанные повреждения отягощают течение ожоговой болезни и ухудшают ее прогноз.

В процессе оказания помощи нет мелочей, важно все — даже положение пациента в кровати, угол ее наклона, температурный режим окружающей среды, поддержание здорового микроклимата. Например, для детей с термической травмой с целью предупреждения переохлаждения используются специальные

воздушные одеяла, тепловентиляторы, флюоризирующие кровати «Клиниatron». Как правило, тяжелое состояние травмированных пациентов диктует проведения длительной искусственной вентиляции легких, что требует от медсестры навыков ухода за дыхательными путями, проведения ингаляционной терапии, работы с дыхательной аппаратурой. Контроль за состоянием пациентов осуществляется с помощью следящей аппаратуры в виде прикроватных мониторов, а также с помощью специального оборудования, например, у детей с тяжелой черепно-мозговой травмой контролируется внутричерепное давление через специальные внутричерепные датчики.

Своевременное информирование о малейших изменениях в состоянии больного или показателях поступивших анализов, данных аппаратов слежения, объем выделяемых и вводимых жидкостей и регистрация их в листе наблюдения является первейшей задачей медсестры. В процессе оказания помощи проводится многокомпонентная инфузионная терапия, для которой нужно особое мастерство в обеспечении периферического венозного доступа, навыков работы с инфузионной техникой, уходом за центральными и периферическими венозными катетерами. Использование в реанимационном блоке значительного количества разнообразных лекарственных средств требует большого опыта и знаний при расчете дозировки, наборе, смешивании и введении пациентам. Медсестра должна владеть современными способами клинического питания как энтерального (через рот), так и парентерального (через венозный доступ) детей разных возрастных групп.

Общий уход, особенно за долго болеющими детьми, также требует большого мастерства, так как, помимо гигиенических процедур, необходимы массаж, гимнастика, противопролежневые мероприятия и перевязки. Но самое главное качество, которым должна обладать реанимационная медсестра, — это сострадание и милосердие. Наши пациенты — дети, которые находятся в очень тяжелом физическом и психологическом состоянии, страдая от болезни и находясь без родителей в незнакомой обстановке. Найти подход к пациенту, успокоить, постараться с минимальным дискомфортом выполнять диагностические и лечебные манипуляции, а иногда, если позволяет состояние

малыша, просто взять его на руки и приласкать может только медсестра, которая искренне сострадает больному ребенку. Работа с детьми требует определенных психологических и даже педагогических навыков, ведь маленьким пациентам бывает затруднительно или невозможно объяснить, что нельзя двигаться, что надо лежать только в определенном положении, терпеть при выполнении некоторых процедур, принимать непривычную пищу.

Помимо всего, медсестре отделения реанимации необходимо иметь знания в области психологии, так как постоянно приходится общаться с большим количеством людей — это и дети разных возрастов и их родители, это и коллеги, это и работники смежных профессий, других служб.

Приоритетной задачей качественного оказания медицинской помощи является непрерывное образование и самообразование медицинских сестер, основанных на морально-нравственных подходах к проблемам ребенка.

Таким образом, особенностями работы медицинской сестры в условиях многопрофильного детского реанимационного отделения являются: соблюдение порядков оказания медицинской помощи детям, соблюдение правил инфекционной безопасности, владение большим спектром медицинских услуг и ухода, работа на высокотехнологичном и дорогостоящем оборудовании. Профессиональные требования к медицинским сестрам отделения анестезиологии и реанимации — это владение большим количеством навыков выполнения простых медицинских услуг у детей разного возраста с применением инновационного оборудования и расходных материалов, владение всеми правилами ухода за пациентами с различными заболеваниями, приобретение навыков командной работы в условиях ежесекундного наблюдения за пациентами, быстрота принятия решений, стрессоустойчивость, умение работать на высокотехнологичном современном оборудовании.

Особенности организации сестринской работы в отделении: создание морально-психологического климата в коллективе с учетом индивидуальных особенностей и возможностей каждого сотрудника; распределение медицинских сестер по рабочим местам в зависимости от уровня сложности и интенсивности работы в операционных и палатах реани-

мации; внедрение системы взаимозаменяемости на рабочих местах; внедрение системы обучения на рабочем месте на высокотехнологичном и дорогостоящем оборудовании, обучение правилам его обслуживания; совершенствование системы контроля за соблюдением выполнения простых медицинских услуг и правил ухода персоналом отделения при внедрении современных технологий, организация обеспечения и рационального использования

дорогостоящих расходных материалов и медикаментов.

Самое главное в работе медицинской сестры — это доброе и бережное отношение к маленькому пациенту. Все современные медицинские технологии, организационные инновации, усилия каждого специалиста медицинской организации направлены на желание помочь пациенту и в максимально короткий срок вернуть его к полноценной жизни.

Ф. Н. Брезгин, Э. Ю. Ольховский, С. Е. Есева, А. К. Штукатуров

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ТЯЖЕЛОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ

*Уральский государственный медицинский университет
Детская городская клиническая больница №9
г. Екатеринбург*

Аннотация

В статье исследуется проблема взаимодействия при оказании неотложной помощи детям с термической травмой на различных этапах эвакуации.

Ключевые слова: дети, термическая травма, ожоговый шок.

На протяжении многих десятилетий термическая травма у детей продолжает оставаться одной из наиболее актуальных и социально значимых проблем детского травматизма. Вследствие незрелости тканевых структур, несовершенства защитно-приспособительных реакций органов и систем организма дети подвержены более тяжелому течению ожоговой болезни, более длительному лечению и реабилитации по сравнению с взрослыми. Частота ожогов не имеет тенденции к снижению. Усредненные данные показывают, что общая летальность от термической травмы составляет около 2,2%, среди детей — 1,3% из числа обратившихся в стационар. Наиболее важными моментами в лечении детей с термической травмой является раннее начало, этапность и преемственность оказания медицинской помощи. Адекватная помощь на догоспитальном этапе способна устранить патологическое воздействие травмы и поддержать компенсаторные механизмы организма пострада-

вшего, предотвратить неблагоприятные исходы, уменьшить срок пребывания ребенка в отделении интенсивной терапии и стационаре, а также повлиять на снижение инвалидизации данной категории пациентов. У детей с обширными ожогами и наличием или подозрением у них термоингаляционного повреждения комплексная противошоковая терапия должна начинаться немедленно. Несвоевременное проведение (позднее 2 часов после получения травмы) инфузионной терапии значительно повышает риск развития полиорганной недостаточности и летального исхода. В соответствии со стандартами оказания неотложной помощи детям на догоспитальном этапе, принятыми в г. Екатеринбурге, детям с тяжелой термической травмой должна оказываться следующая помощь: наложение асептической повязки «Активтекс» или повязки, содержащей раствор местного анестетика, обезболивание 50% раствором метамизола натрия или 1% раствором промедола, начало противошоковой