

сестра их выполняет. Это будет четвёртый этап сестринского процесса – осуществление плана сестринских вмешательств. Его целью является обеспечение соответствующего ухода за пациентом, то есть оказание помощи пациенту в выполнении жизненных потребностей, обучение и консультирование, при необходимости, пациента и членов его семьи.

Существует 3 категории сестринского вмешательства: независимое – действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе; зависимое - выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением; взаимозависимое - предусматривает совместную деятельность медицинской сестры с врачом и другими специалистами.

Пятый этап сестринского процесса – оценка эффективности сестринского вмешательства. Его целью является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов. Сестринское вмешательство эффективно только в том случае, если достигнута цель в конечных адаптивных способах. Необходимо также оценить психологическую и поведенческую системы, степень достижения пациентом возможности самоухода.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛЧЕОТТОКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Гончарук В.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – ассистент М.И.Милешко

Нами проанализированы результаты лечения 305 больных с механической желтухой различного генеза. Мужчин было 166, женщин – 139. В возрасте старше 60 лет находилось 127 больных (41,3%). Длительность существования желтухи составила 31 ± 3 дня. Все больные разделены на 2 группы: 1-я – 137 человек с механической

желтухой на почве доброкачественных заболеваний, 2-я – 138 человек с желтухой в результате онкопатологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

У 27 больных с длительно существующей желтухой выполняли холецистэктомию, а основное вмешательство на желчных путях выполнялось после снятия желчной гипертензии и коррекции острой печеночной недостаточности. Основными пособиями, устраняющими желчестаз, были: холедохолитомия у 45 больных. У 16 человек произведена папиллосфинктеротомия. У 28 пациентов холедохотомия закончена наложением холедоходуоденоанастомоза по Клярес-шейну или Финстереру.

У больных с механической желтухой на почве онкозаболеваний столь большое число лапароскопических холецистостомий (118) связано с тем, что больные поступали в стационар с длительно существующей желтухой и имеющейся печеночной недостаточностью. Однако у 50 пациентов лапароскопическая холецистостома явилась единственной операцией, так как у больных этой группы во время лапароскопии были выявлены метастазы опухоли или у них имелась тяжелая сопутствующая патология. Среди различных видов билиодегестивных анастомозов наиболее часто выполняли холецистоеюностомию и холедоходуоденостомию. Характер остальных пособий зависел от локализации опухоли и технических возможностей выполнения обходного шунтирования.

После всех операций, выполненных у больных обеих групп, умерло 20 человек (послеоперационная летальность 6,5%), в том числе в группе больных с желтухами доброкачественного генеза умерло 9 (летальность 5,4%), среди больных желтухами опухолевого происхождения умерло 2-е человек (летальность 8,0%). Причинами смерти явилась: опухолевая интоксикация – 6, острая печеночная недостаточность – 5, холемические кровотечения – 5, перитонит – 2, послеоперационный панкреатит – 1, тромбоэмболия легочной артерии

– 1.

Таким образом, среди всех желчевыводящих операций у больных с механическим стазом желчи у каждого третьего больного выполнялась лапароскопическая холецистостомия. Декомпрессия желчных путей таким способом, наряду с лаважем билиарной системы, является эффективным мероприятием, устраняющим печеночную недостаточность, и предопределяет исходы операций. У ряда больных данное пособие является единственно выполнимой операцией, устраняющей желчестаз и позволяющей избежать лапаротомии. Объем других операций от характера препятствия, вызвавшего желтуху, возможности его устранения или обходного шунтирования.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В СВЯЗИ С ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ

Горбач А.Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра акушерства и гинекологии

Научный руководитель – к. м. н. ассистент Е.Л. Савоневич

Фибромиомы являются наиболее частыми опухолями малого таза у женщин. Они встречаются по меньшей мере у 20 % всех женщин и у 40% женщин старше 40 лет. Поэтому можно ожидать, что миома матки в значительном проценте случаев сочетается с беременностью. Очевидно, что миома может неблагоприятно влиять на репродуктивный процесс: на зачатие, течение ранних и поздних сроков беременности, послеродовой период. В связи с этим в БСМП нами проведен ретроспективный анализ течения беременности у 36 женщин с миомой матки за период с 2004 по 2007 год. Из 36 беременных с фибромиомой матки, в возрасте до 30 лет было 12 (33%), 31–35 лет - 14 (39%), 36–45 лет - 10 (28%).

Среди наблюдавшихся беременных с миомой матки, первородящих было 7 беременных (19%) из них в возрасте до 30 лет - 4 беременных (11%), 30–35 лет - 2 (5%), 36–45 лет - 1 (3%). Средний