

Ушивание перфоративного отверстия проведено 75 (55,6 %) больным из них лапароскопически 47, иссечение по Джаду — 49 (36,3 %) больным, резекция по Бильрот-II — 11 (8,1 %) больным с признаками малигнизации язв больших размеров малой кривизны желудка.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 22 (16,3 %) больных после лапаротомного доступа. Среди осложнений были: острое желудочно-кишечное кровотечение (ОЖКК) из ушитой язвы — у 1 (1 %) больного, ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 2 (2 %) больных, несостоятельность швов — у 5 (5 %) больных, нагноение послеоперационной раны — у 7 (7 %) больных, абсцессы брюшной полости — у 2 (2 %) больных.

Осложнениями, которые возникли 6 случаях лапароскопического ушивания были несостоятельность швов у 2 (5,8 %) больных, нагноение послеоперационной раны — у 3 (8,8 %) больных, абсцесс брюшной полости — у 1 (3 %) больного и ОЖКК — у 1 (3 %) пациента.

ОЖКК были остановлены консервативно. Всем больные получали противоязвенную терапию. Релапаротомии были проведены во всех случаях несостоятельности швов ушитых язв. Абсцессы брюшной полости дренированы под контролем УЗИ. Умерло 2 (1,5 %) больных от тромбоземболии и прогрессирующего перитонита.

Выводы

Основными послеоперационными осложнениями при лечении перфоративной гастродуоденальной язвы были гнойно-септические — нагноение послеоперационной раны, перитонит и абсцессы брюшной полости. В большинстве случаев осложнения наблюдались у пациентов с несвоевременным обращением за медицинской помощью. Лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия при соблюдении строгих показаний к отбору пациентов эффективный метод лечения перфоративной гастродуоденальной язвы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Темирбулатов, Ш. В. Прободные гастродуоденальные язвы: современные тенденции в лечении / Ш. В. Темирбулатов, М. В. Темирбулатов, Р. И. Хисамутдинова // Вестник НМХЦ им. Н. И. Пирогова. — 2017. — № 2. — С. 108–111.
2. Smith, B. R. Emerging trends in peptic ulcer disease and damage control surgery in the H. pylori era / B. R. Smith, B. E. Stabile // Am.Surg. — 2015. — Vol. 71, N 9. — P. 797–801.
3. Soreide, K. Perforated peptic ulcer / K. Soreide, K. Thorsen, E. M. Harrison // Lancet. — 2015. — Vol. 386. — P. 1288–1298/

УДК 617:614.253.5]:[616.98:578.834.1-036.21]

ВЛИЯНИЕ НАГРУЗКИ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Романенко Е. Д., Борисенко М. С., Карabanов А. Н.

Научный руководитель: к.м.н., старший преподаватель И. А. Славников

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Труд медицинской сестры трудно переоценить. Данный специалист ответственен за добросовестное выполнение врачебных назначений в организации здравоохранения и на дому, контроль за физическим и психическим состоянием пациента и соблюдением комплекса лечебных и профилактических мероприятий. Может проводить оценку эффективности лечения, а также при необходимости оказывает неотложную медицинскую помощь [1].

От способности медицинской сестры правильно и своевременно выполнять свой профессиональный долг зависит успех выбранной тактики лечения, предзнаменуя благоприятный исход заболевания. Министерством здравоохранения Республики Беларусь регламентировано оптимальное количество больных на 1 штатного сотрудника в зависимости от мощности лечебного учреждения, рисков для здоровья, сложности выполняемых манипуляций. Так, при обслуживании пациентов в боксированном инфекционном отделении на 1 медсестру приходится 8 коек в сутки, при работе с пациентами с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза — 15 коек, при работе медицинской сестры в отделении терапевтического и хирургического профиля — от 20 до 25 коек [2].

В период эпидемии коронавирусной инфекции COVID-19 существенно возрастает нагрузка на средний медицинский персонал в стационаре в виду увеличения части пациентов с наличием коморбидной патологии, отягощающей течение основного заболевания. Выполняя значительный объем работы в ограниченный временной интервал, медицинский сотрудник усугубляет риски возникновения осложнений проводимых манипуляций, а также подвергается возрастающему риску производственного травматизма. Хроническое переутомление неизбежно приводит к стрессу, снижая тем самым качество жизни медицинского работника [3].

Цель

Оценить влияние нагрузки в период эпидемии коронавирусной инфекции COVID-19 на трудоспособность и эмоциональное состояние среднего медицинского персонала.

Материал и методы исследования

Проведено анкетирование 30 респондентов возрастной категории от 25 до 45 лет. Анкетирование проводилось на базах хирургического отделения № 2 учреждения здравоохранения «Могилёвская областная клиническая больница» и хирургического отделения № 1 учреждения здравоохранения «Бобруйская городская больница скорой медицинской помощи» им. В. О. Морзона. Большую часть респондентов составили лица женского пола — 93 % (n = 28). Среди респондентов 60 % (n = 18) составляют палатные медсестры, 16,6 % (n = 5) перевязочные, 23,4 % (n = 7) процедурные медсестры. Данные обработаны статистически с помощью программы «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждения

По результатам выполненного исследования, 13 (43,3 %) респондентов подтверждают наличие возлагаемой на них чрезмерной нагрузки, 17 (56,6 %) утверждают, что нагрузка осталась такой, как и до пандемии коронавирусной инфекции. 12 (40 %) человек утверждают, что не справляются со своими обязанностями за рабочую смену. 16,7 % (n = 5) респондентов недостаточно времени на выполнение всех врачебных назначений.

Все респонденты (100 %) ощущали возникновение психического утомления, которое они связывали с повышением рабочей нагрузки, напряженным характером работы в период эпидемии.

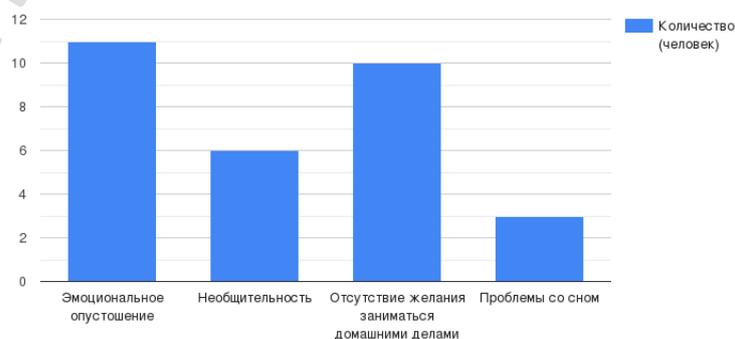


Рисунок 1 — Основные проявления эмоционального перенапряжения у медицинских сестер

53,3 % (n = 16) опрошенных утверждают, что при выполнении своих должностных обязанностей испытывают пассивную агрессию к окружающим при минимальном воздействии раздражающего фактора, 46,6 % (n = 14) респондентов указали, что не испытывают раздражения и агрессии, адекватно воспринимают критику и работают с охотой и желанием.

Выводы

Результаты исследования демонстрируют, что средний медицинский персонал во время эпидемии в большей степени подвержен эмоциональным нагрузкам, нежели физическим. На фоне чрезмерной психоэмоциональной нагрузки, у большей части респондентов (53,3 %), наблюдаются симптомы эмоционального выгорания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Об утверждении примерных штатных нормативов медицинских и других работников областных, центральных, центральных городских, центральных районных, городских, районных и участковых больниц и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства Здравоохранения Республики Беларусь: Постановление Мин. Здравоохранения Респ. Беларусь, 3 дек. 2012 г., № 185 // МЗ РБ [Электронный ресурс] / Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. — Минск, 2021.
2. Об утверждении выпуска 25 Единого квалификационного справочника должностей служащих и об отмене некоторых постановлений Министерства труда Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь и их структурных элементов: Постановление Мин. труда и социальной защиты Республики Беларусь, 18 июля 2012 г., № 80 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. — 2012. — 8/26310.
3. Дубель, Е. В. Гигиеническая оценка факторов риска здоровью медицинских работников крупного многопрофильного стационара: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.01 / Е. В. Дубель. — Архангельск, 2016. — 224 с.

УДК 611.018.5:616.411-001]-092.9

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФТОРОПЛАСТА-4 ПРИ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЯХ НА СЕЛЕЗЕНКЕ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Селятыцкий В. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент В. В. Кудло

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

В последние годы отмечается стремительный рост уровня сочетанного травматизма [1]. Травмы селезенки при повреждении брюшной полости встречаются в 16–53 % случаев [2, 3] и сопровождаются развитием грозных осложнений (до 40 %) и летальности (до 20 %). Большое влияние на уровень смертности при этом играют степень повреждения самой селезенки, объем и интенсивность кровопотери, длительности шока, время начала интенсивной терапии и хирургического лечения, наличие и тяжесть сочетанных повреждений. На сегодняшний день главным направлением оказания экстренной хирургической помощи при травме паренхиматозных органов, в том числе и селезенки, является выполнение малотравматичных и органосохраняющих оперативных вмешательств. Для оценки степени повреждения у пациентов с разрывами селезенки предложен ряд классификаций. Одной из наиболее известных является созданная Американской ассоциацией хирургов-травматологов (AAST) [4].

Согласно ней, оперативное лечение должно быть органосохраняющим и основываться на локальном гемостазе. В частности, при одиночных разрывах на диафрагмальной поверхности и в области полюсов селезенки (II-III степень по AAST) показано выполнение спленорафии. Однако, при применении спленорафии имеется техническая трудность, связанная с прорезанием швов с развитием еще большего кровотечения [5]. Для уменьшения частоты данных техниче-