ВВЕДЕНИЕ

Ожогом называется повреждение тканей, вызванное действием высокой температуры, химических веществ, излучений и электротока.

Ожоги - частое и тяжелое повреждение, летальность от которого еще очень велика. Ежегодно в Европе и США в стационарном лечении нуждаются более 200 тыс. больных с ожогами. У многих из числа тех, которые выздоравливают, остаются обезображивающие рубцы. Лечение обожженных, в особенности детского возраста, трудоемко и длительно. Оно требует специальных знаний, оборудования, условий и высокого профессионального мастерства от медицинских работников.

Актуальность:

Проблема ожогов, особенно термических, считается актуальной на современном этапе из-за увеличения количества техногенных аварий, катастроф, боевых действий, тяжести термических повреждений, стабильно высокого уровня смертности (до 5,4%; а при развитии ожогового шока - до 9-13%).

Цель работы:

Углубить знания о ожогах и обморожениях и современных методах их лечения.

Изучить современные лабораторно-инструментальные методы диагностики ожогов.

Определить функциональные обязанности медицинской сестры по уходу, лечении, профилактики и реабилитации больных с ожогами.

Задачи исследования:

) изучить этиологию ожогов;

) изучить клиническую картину и особенности диагностики ожогов;

) изучить методы обследований и подготовку к ним;

) изучить принципы лечения ожогов;

) освоить сестринский процесс у пациентов с ожогами.

Объект исследования:

особенность работы м/с при ожогах у детей.

Предмет исследования:

дети с ожогами.

Структура:

Курсовая работа состоит из введения, обзора литературы, практической части (собственного исследования), заключения, списка литературы и приложения. Работа изложена на 25 страницах, иллюстрирована таблицами, рисунками и диаграммами. Список литературы содержит 13 источников.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Этиология

Различают термические, электрические, химические и лучевые ожоги.Тяжесть ожога определяется площадью и глубиной поражения тканей. В зависимости от глубины поражения различают четыре степени ожога. Поверхностные ожоги (I, II, III А степеней) при благоприятных условиях заживают самостоятельно. Глубокие ожоги (Ill Б и IV степени) поражают кроме кожи и глубоколежащие ткани, поэтому при таких ожогах требуется пересадка кожи. У большинства пораженных обычно наблюдается сочетание ожогов различных степеней. (10)

Классификация.

Термический ожог

Возникающие при контактировании кожи с кипятком, расплавленным маслом или жиром, открытым пламенем, раскалённым металлом. Относятся к разряду наиболее распространённых, но не наиболее простых. (3,5)

Химический ожог

Возникающие от воздействия химикатов (щелочей, кислот). В быту практически не встречаются, особенно если говорить о ребенке, которому и негде особо контактировать с кислотой или щелочью.(1,7,10)

Лучевые ожоги

Это ожоги, появление которых связано с воздействием солнечных лучей, здесь причина кроется в невнимательности родителей, которые позволили ребенку длительное время находиться под воздействием солнечных лучей.(1,7,11)

Электрические ожоги

Ожоги, причиной которых служит электрический ток. Самой распространённой причиной, по которой их получают дети, является контакт с неисправными электрическими приборами, либо их неправильная эксплуатация.(4,10)

Степени тяжести ожогов.

Помимо этого, ожоги подразделяются по степени тяжести, что связано с глубиной поражения кожи:

Ожог I степени - повреждение поверхностного слоя кожи, то есть, эпидермиса. Место ожога краснеет, отличается болезненностью, появлением отёка и чувства жжения.Проходят самостоятельно через 2 дня. Повреждённые клетки спустя определённое время отшелушиваются, проходя со здоровой кожи бесследно. Это самая простая степень ожога, не требующая даже обращения за медицинской помощью.

Ожог II степени - наблюдается появление пузырьков. Они образуются быстро и сразу же заполняются жидкостью. Образование новых пузырьков возможно на протяжении некоторого времени, а также увеличение размеров старых.Верхний слой кожи (эпидермис) погибает полностью. Процесс заживления и восстановления затягивается на несколько дней. Следы от ожогов могут сохраняться до нескольких месяцев. Во избежание инфекции нужно тщательно контролировать чистоту поражённого места.

Ожог III степени - глубокое, очень болезненное, поражение кожи. Если имел место длительный контакт с маслом или горячей жидкостью, происходит образование пузырей большого размера с толстой оболочкой, где жидкое содержимое имеет примесь крови. При контакте с горячими сухими предметами или пламенем на поверхности происходит образование толстой корки.

Данный тип ожога подразделяется на следующие подтипы:а - ожоги с сохранением сосочкового слоя кожи;б - ожоги с полным повреждением сосочкового кожного слоя;б - ожоги, не заживающие длительное время и оставляющие заметные рубцы;а - ожоги, заживающие без рубцов.

Ожог IV степени - повреждение всех слоёв кожи, подкожно-жировой клетчатки, сухожилий, мышц, кости с обугливанием тканей.

Данная классификация, в основном, применяется для термических ожогов. Если ожог был вызван иной причиной, то и симптомы будут отличаться. (8)

Клиническая картина.

Термический ожог

Тяжесть ожога определяется его глубиной и площадью. Локализация - выступающие участки на лице (нос, скуловая область, брови, ушные раковины).

При ожогах I-II степени - гиперемия, отек кожи, образование пузырей. Быстрое развитие отека, особенно в области век, может привести к временному ослеплению, возможны одновременное поражение органов дыхания, ожоги глазного яблока. Ожоги слизистой оболочки полости рта, носоглотки обычно бывают I-IIIA степени. Определению ожогов IIIA-ШБ и IV степени помогают признаки омертвения пораженных тканей, наличие омертвевших участков, состояние их кровообращения и болевой чувствительности. Изолированные ожоги лица чаще всего не сопровождаются выраженными общими явлениями (шок, токсемия и др.).(1,7,8,11)

Химический ожог

Клиническая картина химических ожогов, так же как и ожогов термических, характеризуется поражениями, которые можно подразделить на несколько степеней, проявляющихся эритемой, волдырями и некрозом. Некоторые химические вещества медленно проникают в ткани и поэтому оказывают длительное вредное воздействие. Определенные химические вещества приводят к развитию более или менее тяжелой общей интоксикации (фенолы, соли ртути). Аммоний и другие вещества вызывают поражения дыхательного тракта. После обширных ожогов щавелевой и гидрофторовой кислотами наблюдается гипокальциемия. Таниновая и фосфорная кислоты вызывают поражение печени, пикриновая кислота и фосфор оказывают нефротоксическое действие. При действии серной кислоты выделяется тепло, которое усиливает тяжесть поражения. При ожогах серной кислотой струп коричневый или черный, азотная кислота приводит к образованию струпа с желто-зеленым оттенком, соляная кислота - светло-желтого, фтористо-водородная - грязно-серого, концентрированная перекись водорода - белого. Характерной особенностью химических ожогов может являться то, что остается характерный запах химического вещества от ожоговой поверхности.Ожоговая поверхность может иметь вид потеков. Площадь поражения может быть различной, но чаще это ограниченные ожоги открытых участков тела.

Отличие химических ожогов от термических еще и в том, что при химических ожогах нередко наблюдается токсическое действие резорбирующихся из ожоговой раны веществ и производных их соединений с тканями, а также ингаляционное поражение органов дыхания парами компонентов ракетного топлива. Это приводит к развитию различного рода нарушений организма, таких как мозговые и сердечно-сосудистые расстройства, токсический отек легких, метгемоглобинемия, что говорит о многофакторном поражении.(1,7,8,11)

Лучевой ожог

Клиническая симптоматика лучевых ожогов зависит от разновидности лучевого воздействия, дозы поглощенной радиации, преморбидного состояния пострадавшего.

В развитии клинической симптоматики локальных лучевых поражений выявляется определенная закономерность, позволяющая определить следующие стадии поражения:

первичная эритема (острый лучевой дерматит)

скрытый период

период разгара

период разрешения процесса

период последствий ожога.

Острый лучевой дерматит первой степени тяжести (эритематозный дерматит) возникает после воздействия γ-излучения 8-12 Гр. Первичная эритема сохраняется несколько часов и имеет незначительную выраженность. Латентный период может продолжаться до 2-3-х недель. Острый период проявляется развитием вторичной эритемы, имеющей темно-красный или розово-лиловый цвет, отеком кожи, ощущением жара, зуда и болью в пораженной области. Эритема самостоятельно проходит спустя 1-2 недели, шелушение и депигментация кожи сохраняются довольно продолжительное время.

Лучевой ожог второй степени тяжести развивается при воздействии облучения12-30 Гр и характеризуется экссудативной или буллезной формой дерматита, влажным эпидермитом. Первичная эритема сохраняется от нескольких часов до 2-3-х суток, скрытый период составляет около 2-х недель. Скрытый период составляет 1-2 недели или вовсе отсутствует. Период разгара начинается с появления вторичной эритемы, отека кожи и подкожной клетчатки, чувства жжения, зуда, боли, признаков общей интоксикации, лихорадки. На отечной коже возникают пузыри, после вскрытия которых остаются эрозии и поверхностные язвы, заживающие в течение 2-3-х недель. Продолжительность заболевания составляет 1-2 месяца, обширные ожоги (более 20-40% площади кожи), которые, как правило, не совместимы с жизнью.

Лучевой ожог третьей степени тяжести (язвенный дерматит) возникает при воздействии ионизирующего излучения 30-50 Гр. Первичная эритема возникает в первые часы после облучения и сохраняется 3-7 суток, сопровождается отеком кожи и подкожной клетчатки, чувством онемения и распирания в пораженной области, признаками общей интоксикации. Период разгара начинается с гиперемии, вначале яркой, затем багрово-синюшной. Развивается отек пораженных участков кожи, образуются пузыри, затем эрозии и язвы, глубоко проникающие в подкожную клетчатку и быстро осложняющиеся гнойными процессами. Отмечаются лихорадка, регионарный лимфаденит, выраженный болевой синдром. Заживление затягивается до нескольких месяцев, характеризуется рецидивирующим течением (вторичными изъязвлениями), трофическими дегенеративными и склеротическими изменениями кожи.

Лучевые ожоги четвертой степени, с явлениями некроза, возникают при облучении дозами свыше 50 Гр. Ярко выраженная первичная эритема без скрытого периода переходит в разгар заболевания, проявляющийся отечностью кожи, геморрагиями и очагами некроза на пораженных участках, развитием выраженного болевого синдрома, быстрым присоединением вторичной инфекции, нарастанием общеинтоксикационного синдрома. При крайне тяжелых поражениях уже с конца 1-х суток развивается так называемая «парадоксальная ишемия»: кожа, подкожно-жировая клетчатка, мышцы "спаиваются" единый конгломерат, обескровленная кожа становится белой, развивается симптоматика ожоговой болезни. Спустя 3-4 суток кожа над поврежденным участком поражения чернеет - формируется сухой коагуляционный некроз. Лихорадочно-токсический синдром практически всегда осложняется почечно-печеночной недостаточностью и энцефалопатической комой, приводящей к гибели пострадавшего, и лишь безотлагательное радикальное хирургическое вмешательство может дать шанс на спасение пациенту. В более благоприятных ситуациях заживление ожога затягивается на срок свыше 6-ти месяцев, формируется деформация тканей, выраженные атрофические изменения, расстройства регионального крово- и лимфообращения часто сопровождается индуративным отеком и образованием вторичных лучевых язв. (1,2,3,10,11)

Электрический ожог

На участках повышенного сопротивления (в месте контакта электро-источника с кожей, точки «входа» и «выхода») в результате трансформации электрической энергии в тепловую (закон Джоуля), образуются ожоги крайней степени тяжести вплоть до обугливания и отгорания конечностей и участков тела, или, чаще всего, в виде электро-меток или знаков тока, которые являются ограниченными участками сухого некроза.

Необходимо иметь в виду, что электрические ожоги в преобладающем большинстве случаев не ограничиваются метками тока на коже. Для них свойственно более глубокое распространение с первичным некрозом тканей, которые расположены глубже (мышцы, сухожилия, суставы и кости), что и определяет реальную тяжесть поражения пациентов, при котором необходимо проводить безотлагательное оперативное лечение. Как правило, очаги некроза формируются под внешне неповрежденной кожей. При массивном поражении мышц и освобождении большого количества миоглобина возможно развитие патологического состояния, похожего на синдром длительного раздавливания. Возможно последующее вторичное расширение некротической зоны в результате частичной или тотальной гибели сосудов после воздействия электрического тока, что затрудняет раннее определение всей области поражения. Отторжение сухого струпа происходит длительный период времени. Нередки кровотечения из эрозий во время демаркации некроза. (4,10,11)

Ожоговый шок

Если площадь ожога II-III-IV степеней превышает 10-15% поверхности тела, у пострадавшего развивается общая реакция организма - ожоговая болезнь. Тяжесть ее зависит от площади и глубины ожога, возраста пострадавшего, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний.

В течении ожоговой болезни различают 4 периода:

ожоговый шок

острая ожоговая токсемия

ожоговая септикотоксемия и реконвалесценция.

Ожоговый шок развивается при термическом ожоге св. 15% поверхности тела, а у лиц старше 60 лет при менее обширных поражениях. В его патогенезе важное значение имеют нарушения гемодинамики, микроциркуляции, проницаемости капилляров, обменных процессов и деятельности эндокринных желез. В результате повышения проницаемости капилляров значительная часть плазмы крови выходит из сосудистого русла в межклеточное пространство, обусловливая появление отеков, особенно выраженных в зонах ожога, уменьшение объема циркулирующей крови, ее сгущение (повышается гематокрит) и замедление кровотока. Расстройства кровообращения вызывают нарушения функции внутренних органов, в первую очередь почек и печени, вследствие чего у пострадавших нередко развиваются острая почечная недостаточность, а иногда печеночная недостаточность. АД может повышаться или часто остается нормальным, но отмечается тахикардия. Температура тела понижена. Нередко наблюдаются рвота, жажда. Течение ожогового шока ухудшается при охлаждении больного, поздней и неправильной противошоковой терапии, длительной транспортировке. Продолжительность ожогового шока колеблется от нескольких часов до 2-3 суток.

Острая ожоговая токсемия развивается в результате поступления в организм продуктов распада белка и токсических веществ из ожоговой поверхности. Начало этого периода характеризуется появлением лихорадки, нормализацией диуреза, стабилизацией АД, снижением гематокрита. Отмечаются тахикардия, плохой аппетит, иногда рвота, бессонница, которые остаются особенно выраженными в первые 10-14 дней после ожога. При крайне тяжелом течении ожоговой токсемии на первый план выступают признаки острого психоза, проявляющегося дезориентацией, возбуждением, галлюцинациями, бредом. В крови нарастает лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, снижается содержание белка, особенно за счет альбумина. При поверхностных поражениях, протекающих без выраженного нагноения ран, острая ожоговая токсемия может переходить в период реконвалесценции, минуя период септикотоксемии.

При ожоговой септикотоксемии происходят нагноение ран и отторжение ожогового струпа. Наблюдаются гнойно-резорбтивная лихорадка с суточными размахами температуры 2-2, 5°, бессонница, отсутствие аппетита, похудание. В крови отмечается высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, нарастает анемия, снижается содержание белка. В тяжелых случаях септикотоксемия осложняется пневмонией, эрозивно-язвенными поражениями ЖКТ, гепатитом, сепсисом. Крайне тяжелым осложнением является ожоговое истощение, к-рое проявляется прекращением восстановительных процессов и прогрессирующим некрозом в ранах, резким похуданием, анемией. Ожоговое истощение часто приводит к летальному исходу. Иногда развиваются абсцессы мягких тканей, рожистое воспаление (см. Рожа), тромбофлебит, флегмона, артрит.

В четвертом периоде - реконвалесценции - происходят постепенное заживление ожоговых ран, приживление кожных трансплантатов, восстановление функции внутренних органов, кроветворной системы, обменных процессов и др. (9,11,12)

Диагностика

Глубина ожога определяется по местным клиническим признакам: гиперемия, наличие пузырей, формирование струпа.

Диагностика поверхностных ожогов основана на выявлении признаков сохранения капилляров и нервных окончаний в непораженной части кожи.

Отмечается гиперемия кожи, сохраняется болевая чувствительность. Для поверхностных ожогов характерно наличие пузырей, а при ожогахIII-а степени возможно образование тонкого поверхностного струпа коричневого или серого цвета. Глубокие ожоги характеризуются образованием толстого струпа черного, темно-коричневого или серого цвета. Через струп могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком поражения III-б и IV степени. При ожогах пламенем IV степени возможно обугливание кожи с разрывами ее, определяются погибшие мышцы и сухожилия. При глубоких ожогах кистей и стоп имеет место "симптом перчаток" - отслоившийся эпидермис легко и безболезненно удаляется вместе с ногтевыми пластинками. Легкое безболезненное удаление волос, отрицательная спиртовая проба, отсутствие болевой реакции при прокалывании струпа иглой - убедительные признаки глубокого ожога. Тем не менее в большинстве случаев окончательное распознавание степени ожогов возможно лишь по мере отторжения ожогового струпа (спустя 2-3 недели). Помимо степени ожога большое значение имеет определение обширности распространения - общей площади ожога. Существует ряд способов и схем определения плошади ожоговой поверхности (правило девяток, правило ладони).

«Правило девяток» основано на том, что площадь кожных покровов отдельных частей тела взрослых людей равна или кратна 9% поверхности тела, площадь покровов головы и шеи составляет 9%, передней и задней поверхности туловища - 18% верхних конечностей по 9%, нижних по 18% (рис. 1).



«Правило ладони».

Площадь ладони у взрослого человека составляет 1,0-1,2% всей поверхности его тела. Применяется этот способ для определения площади обожженной поверхности при небольших участках ожога и при множественных поражениях, расположенных на различных участках тела. После определения площади и глубины ожога диагноз записывается следующим образом. Площадь и глубина поражения указываются в виде дроби, в числителе которой приводят общую площадь ожога и рядом (в скобках) - площадь глубокого поражения, в знаменателе - степень ожога. Необходимо указать также этнологический фактор и локализацию поражения. Большое практическое значение имеет зарисовка ожогов на специальных бланках, позволяющая отметить на схеме все необходимые характеристики поражения (локализацию, площадь, степень). Пример формулировки диагноза. Ожог пламенем (горячей водой, паром) 35% (15%) / II - III ст. головы, туловища, верхних конечностей. Ожоговый шок II степени. (13)

Первая медицинская помощь.

В зависимости от температуры повреждающего агента (при термических ожогах), его объема, времени и площади контакта с участком тела, повреждения могут быть разными по тяжести. Ожоги первой степени характеризуются лишь покраснением и жжением пораженного участка. При ожогах второй степени на травмированном участке появляются волдыри, а при ожоге третьей степени открываются раны. Ожоги четвертой степени характеризуются обширными участками поражения, затрагивающего глубокие слои тканей. Нередко такие травмы приводят к смерти пострадавшего.

При ожогах крайне важно вовремя оказать адекватную первую помощь. От того, как быстро и правильно вы окажете помощь себе или постороннему человеку, во многом будет зависеть дальнейшее состояние пострадавшего.

Устраните источник ожога

В первую очередь нужно устранить источник ожога, и чем быстрее вы это сделаете, тем лучше. Если на пострадавшем горит одежда, то максимально быстро ее нужно снять, или накинуть на человека одеяло, плащ или любую другу ткань, чтобы перекрыть доступ кислорода к пламени. Если у вас нет подходящего материала, то пострадавшего можно облить водой.После устранения источника тепла необходимо освободить поврежденные участки от одежды и горячих частиц. Однако ни в коем случае не отрывайте прилипшие к телу части одежды и предметов. Удаляйте только те элементы, которые сможете без усилия.

Охлаждение пораженных участков

Если у пострадавшего ожог первой или второй степени, то пораженный участок нужно подставить под струю холодной воды на 15-20 минут. При этом не рекомендуется использовать лед, поскольку так вы можете только ухудшить ситуацию. Охлаждение не позволит ожогу распространиться в глубокие слои пораженного участка.

Если речь идет об ожоге 3 или 4 степени, то в качестве охлаждающего агента нужно использовать смоченную в воде ткань, которую следует приложить на пораженный участок

Закрытие ожоговой поверхности

После охлаждения ожоговую поверхность нужно закрыть для ограничения ее контакта с окружающей средой. Так вы снизите вероятность развития инфекционного процесса, особенно если на поврежденном участке открылась рана.Для закрытия пораженного участка можно воспользоваться бинтово-марлевой повязкой (как сухой, так и обработанной антисептическими растворами). Такие повязки не должны раздражать раны и усиливать болевые ощущения.

Обезболивание

Если у вас имеются обезболивающие препараты, то можете дать их пострадавшему. В данном случае можно воспользоваться как таблетированными, так и инъекционными формами обезболивающих препаратов. Для этих целей подойдут нестероидные противовоспалительные препараты, например, кеталгин, диклофенак, нимесулид, дексалгин, парацетамол и другие.

Госпитализация в ожоговое отделение или ОИТ. (3,1,9)

Профилактика ожогов у детей.

Ответственность за безопасность детей, как дома, так и во время досуга, целиком и полностью лежит на родителях. Никаких ёмкостей с кипятком и горячей жидкостью на краю стола или плиты. Температура пищи, предназначенной для ребёнка, не должна быть слишком высокой.Желательно, чтобы ребёнок не находился на кухне в период готовки, прикасаться к горячему чайнику или духовке, играть в активные игры.Спички, легковоспламеняющиеся жидкости, зажигалки и химические препараты должны быть спрятаны в недоступном месте. Даже взрослый должен доставать всё это оттуда с трудом. Главное - не личный комфорт, а прежде всего, здоровье и безопасность ребенка.В розетках должны быть установлены заглушки. Ребёнок не должен касаться их и играть с ними, а также оставаться в комнате наедине с электрическими приборами.До определённого момента у детей полностью отсутствует страх и преобладает любопытство. Поэтому запрет играть с опасными вещами должен повторяться неоднократно до достижения нужного эффекта.Но если беда не миновала малыша - никакой суеты и паники. Помимо оказания помощи, нужно успокоить малыша, ведь он и так напуган. Пусть малыш услышит, о том, что всё будет хорошо, непременно похвалите его за мужество и стойкость к боли. Любую беду проще предотвратить, нежели ликвидировать последствия. И это вдвойне справедливо, если речь идёт о детских ожогах.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОЖОГАХ У ДЕТЕЙ

Сбор информации

При осмотре пациента с ожогами необходимо определить степень и площадь ожога. Основной жалобой является боль. Пострадавшие беспокойные, мечутся. При развитии ожогового шока медсестра может выявить изменение гемодинамических показателей (снижение АД, учащение пульса), нарушения сознания. В эректильную фазу пострадавший возбужден, АД в норме или повышено, пульс учащен. Торпидная фаза сопровождается резким угнетением: больной апатичен, температура тела и АД снижаются, кожные покровы бледные, акроцианоз, снижение диуреза.

Проблемы:

боль;

нарушение дыхания, связанное с болью;

нарушение мочеиспускания, связанное с нарушением функции почек;

нарушение сна;

нарушение аппетита;

снижение двигательной активности;

повышение температуры в период ожоговой токсемии и септикотоксемии

ограничение самоухода;

страх, тревога.

Сестринские вмешательства:

. Выполнение назначений врача:

введение лекарственных средств (обезболивание);

наблюдение за состоянием больною (контроль АД, пульса, температуры тела, диуреза);

подготовка к диагностическим и лечебным процедурам.

. Подготовка к перевязкам и их проведение:

общие или местные ванны с антисептиками для уменьшения травматизации тканей. Больных помешают в ванну с теплым раствором перманганата калия. При небольших ожогах повязки смачивают раствором перманганата калия или перекисью водорода. Перед обработкой небольших ожоговых поверхностей больным вводят анальгетики, а при обработке больших поверхностей дают наркоз;

строгое соблюдение правил асептики и антисептики при проведении перевязок.

. Профилактика пролежней.

. Организация диетического питания. Пища должна быть высококалорийной, богатой белками, витаминами, минеральными солями.

. Помощь в проведении гигиенических мероприятий.

. Помощь при повышении температуры.

. Работа с пациентом и родственниками.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

При прохождении практики в больнице , студентка третьего курса медицинского колледжа УДП РФ. Проходила практику в ФГБУ "ЦКБ" УДП РФ, в отделении детской реанимации.

На протяжении всей практики были применены навыки и все необходимые знание на практике. Основной обязанностью практики было ознакомление и обучение всем базам сестринского дела, а также помощь медицинскому персоналу в отделении детской реанимации.

Во время прохождения практики было выполнена определенное количество манипуляций, связанных с работой поста медицинской сестры реанимационного отделения.

О больнице.



К настоящему времени коечный фонд больницы составляет 1 200 коек, в больнице 50 клинических и 20 диагностических отделений, а также 5 лабораторий и поликлиника на 600 посещений в смену.

Результаты наблюдения.

Наблюдение из практики 1

Пациент 11 лет, госпитализирован в отделение реанимации.

Медицинский диагноз:Термический ожог 3 степени.30 % поверхности тела.

Объективно:Состояние средней тяжести,АД снижено, ЧСС 120 уд/мин., сознание нарушено. Положение: вынужденное.

Проблемы пациента:

физиологические:

боль;

нарушение дыхания, связанное с болью;

нарушение мочеиспускания, связанное с нарушением функции почек;

нарушение сна;

нарушение аппетита;

снижение двигательной активности;

повышение температуры в период ожоговой токсемии и септикотоксемии;

ограничение самоухода;

Приоритетные:

тревога по поводу ухудшения состояния вследствие дефицита знаний о своем заболевании.

Цель:

Краткосрочные: пациент отметит улучшение состояния и не будет переживать о предстоящей манипуляции.

|  |  |
| --- | --- |
| Сестринские вмешательства | Обоснование |
| Независимые | |
| Успокоить пациента. | Убедить в благоприятном прогнозе. |
| Рассказать об образе жизни. | Убедить, что правильный образ жизни помогут предотвратить ухудшение самочувствия. |
| Провести беседу с семьей пациента о необходимости психологической поддержке. | Обеспечение психологической поддержки родственников. |
| Зависимые | |
| Ведение лекарственных препаратов по назначению врача | Для эффективности лечения. |

Оценка: пациент не испытывает чувства тревоги по поводу ухудшения состояния вследствие дефицита знаний о своем заболевании.

Цель достигнута.

Наблюдение из практики 2

Пациент 5 лет. Был госпитализирован в отделение реаниматологии.

Медицинский диагноз -Химический ожог пищевода, тотальный, 2-3 степени; Желудка-1 степени; губ, рта, ротоглотка-1-2 степени. Жидкость «Факир». Перфорация нижней трети пищевода.

Объективно: Общее состояние тяжелое засчет:

Самочувствие плохое, ребенок вялый, сонливый. На осмотр реагирует негативно. Телосложение правильное. Температура тела: 36.6 С.

Проблемы пациента:

физиологические:

боль;

нарушение дыхания, связанное с болью;

нарушение мочеиспускания, связанное с нарушением функции почек;

нарушение сна;

нарушение аппетита;

снижение двигательной активности;

повышение температуры в период ожоговой токсемии и септикотоксемии;

ограничение самоухода;

Приоритетные:

тревога по поводу ухудшения состояния вследствие дефицита знаний о своем заболевании.

Цель:

Краткосрочные: пациент отметит улучшение состояния и не будет переживать о предстоящей манипуляции.

|  |  |
| --- | --- |
| Сестринские вмешательства | Обоснование |
| Независимые | |
| Успокоить пациента. | Убедить в благоприятном прогнозе. |
| Рассказать об образе жизни. | Убедить, что правильный образ жизни помогут предотвратить ухудшение самочувствия. |
| Провести беседу с семьей пациента о необходимости психологической поддержке. | Обеспечение психологической поддержки родственников. |
| Зависимые | |
| Ведение лекарственных препаратов по назначению врача | Для эффективности лечения. |

Лечение:Правосторонняя торакотомия, ушивание перфорации пищевода, дренирование правой плевральной полости. Наложение гастростомы.

Оценка: пациент отметил улучшение состояния, и не переживает о предстоящей манипуляции.

Цель достигнута.

ВЫВОД.

Проанализировав обе сестринские истории болезни пациентов, с термическим и химическим ожогом я сделала вывод что:

медицинская сестра выявляет нарушенные потребности и проблемы пациента, решая их с учетом приоритетности.

В ходе работы продемонстрировано использование всех этапов сестринского процесса, целью которого является удовлетворение жизненно-важных потребностей организма, поддержание и восстановление независимости пациента в самоуходе. И главная роль в этом принадлежит медицинской сестре.

Из проделанной работы можно сделать вывод, что главная роль медицинской сестры направлена на улучшение качества жизни пациента, облегчение состояния пациента и адаптация человека в социуме после приобретения данного заболевания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

сестринский уход ожог

Прогноз при ожогах определяется многими факторами: глубина и обширность поражения, возраст и состояние пострадавшего, характер травмирующего агента (пламя, кипяток и др.), наличие или отсутствие сопутствующих травм, заболеваний и др. При заживлении обширных и глубоких ожогов могут развиться грубые рубцы, приводящие к контрактурам суставов.

Основными причинами смерти при ожогах являются шок, токсемия, инфекция и эмболия.Ожоги менее 10 % поверхности тела редко приводят к смерти; среди больных с поражением 50 % поверхности тела и больше процент летальности боль.

СПИСОКЛИТЕРАТУРЫ

Василевский И. В., Чичко М. В., Курек В. В., Ежов Г. И. Неотложная педиатрия и реанимация. Справочник по детским болезням. Минск, 1998 г.

Инькова А. Н. Справочник врача скорой и неотложной меди-цинской помощи. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2000 г.

Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь/Под ред. Чазова Е. И. - М.: Медицина, 1989 г.

Неотложные состояния у детей/Материалы 6 конгресса педиатров России. Москва, 6-9 февраля 2000 г.

Неотложные состояния у детей. Под ред. Вельтищева Ю. Е., Кобринского Б. А. - М.: Медицина, 1994 г.

Руководство по педиатрии (Неотложная помощь и интенсивная терапия). Под ред. Роджерса М., Хелфайера М. - СПб, 1999 г.

Неотложная помощь в педиатрии (руководство для врачей-педиатров скорой помощи). Под ред. Цыбулькина Э. К. - Л.: Медицина, 1987 г.

Петрушина А. Д., Мальченко Л. А., Кретинина Л. Н., Ушакова С. А., Иванова Е. Е., Кайб И. Д., Балдашова Ф. Р., Левитина Е. В. Неотложные состояния у детей. Москва: Изд-во «Медицинская книга», 2002 г.

Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М., Вольный И.Ф., 2004 г.

Военно-полевая хирургия.: учебник/Под ред. Е.К. Гуманенко.- 2-е издание. 2008 г.

ПРИЛОЖЕНИЯ



