

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kurovaya-rabota/14304>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Хирургия

ВВЕДЕНИЕ 2

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ГРЫЖ ЖИВОТА, ИХ ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ 4

1.1 ПОНЯТИЕ ГРЫЖА, КЛАССИФИКАЦИЯ 4

1.2 ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ГРЫЖ 6

1.3 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ГРЫЖ 9

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ГРЫЖЕЙ ЖИВОТА 14

2.1 ДИАГНОСТИКА ГРЫЖ ЖИВОТА 14

2.2 СЕСТРИНСКИЙ УХОД 16

2.3 ПРОФИЛАКТИКА ГРЫЖ ЖИВОТА 19

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 23

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 25

ВВЕДЕНИЕ

Грыжа – это выпячивание органов из полости, которую они должны занимать, через нормально существующие или патологические образованные анатомические отверстия.

Грыжи живота — частое заболевание. Различают наружные и внутренние грыжи живота.

Наружной грыжей живота называется выпадение внутренностей через дефект в сухожильно-мышечном слое наружной стенки живота или стенки таза, причем внутренности покрыты пристеночной брюшиной и поверхностными слоями стенки.

Внутренней, или внутрибрюшной, грыжей живота называется вхождение какой-либо внутренности живота в нормально существующий или патологически образовавшийся брюшинный мешок, в котором в норме внутренностей не содержится.

Грыжа живота – выпячивание органов брюшной полости вместе с наружным листком серозной оболочки сквозь переднюю стенку живота; иногда - перемещение органов и петель кишечника в отверстия брыжейки или диафрагмы в пределах брюшной полости. На сегодняшний день различными грыжами живота страдают каждые 5 человек на 10 тыс. населения; из них не менее 80% - мужчины, остальные 20% - женщины и дети. Около 30% всех оперативных вмешательств в детской хирургии проводится по поводу грыж живота. У взрослых чаще диагностируются паховая и бедренная грыжи, у детей – пупочная. Наиболее распространены грыжи живота в дошкольном возрасте и после 45 лет.

Цель исследования - изучение особенностей сестринского ухода за пациентами при грыжах живота.

Задачи:

1. Рассмотреть особенности и классификация грыж живота, их этиология, патогенез и клинические проявления.

2. Изучить сестринская помощь пациентам с грыжей живота.

Объект исследования - пациенты с грыжей живота.

Предмет исследования: грыжа живота.

Методы исследования: наблюдение, анализ, синтез, сравнение, обобщение.

Теоретической основой исследования стали работы таких ученых, как Бурых М.П., Литтман Н.И., Ороховский Д.Н., Петровский Б.В., Тоскин К.Д.

ГЛАВА 1. ОСОБЕННОСТИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ГРЫЖ ЖИВОТА, ИХ ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

1.1 ПОНЯТИЕ ГРЫЖА, КЛАССИФИКАЦИЯ

Грыжа (лат. hernia) - выпячивание органов из полости, через патологически сформированное или естественно существующее отверстие. При этом оболочки сохраняют свою целостность. Образование может выходить в межмышечное пространство, под кожный покров или во внутренние полости и карманы.

Эвентрация (выпадение внутренних органов через дефект ее стенки) и пролапс (выход органа сквозь естественное отверстие в ходе опущения) не относятся к грыжам.

Разновидности/классификация болезни :

Выделяют неосложнённые и осложненные (воспалением, разрывом и флегмоной грыжевого мешка, ущемлением) грыжи.

По течению болезнь бывает:

- первичная;
- рецидивная (повторное формирование грыжи на том же месте);
- послеоперационная (вентральная).

По происхождению грыжи могут быть приобретёнными, развивающимися в результате заболеваний или травм или врожденными (например, центральная грыжа Шморля), которые относятся к порокам развития и имеют свои особенности.

По вправимости выделяют:

- Вправимые - выпяченный грыжевой мешок вправляется самостоятельно или может быть легко вправлен через грыжевые ворота;
- Невправимые - обычно из-за формирования спаек, ущемления или сращений грыжу, которая раньше вправлялась, невозможно вернуть на место.

Анатомически грыжи могут быть наружными (внутренние органы выпадают под кожу, и выглядит грыжа как овальное или округлое выпячивание), они составляют 75%, это бедренная, эпигастральная, паховая, пупочная, седалищная, белой линии живота, мечевидного отростка.

Внутренняя грыжа встречается в 25% от всех таких патологий, не имеет четких внешних симптомов, органы выходят в щели, карманы или анатомические полости или дефекты. Их разделяют на внутрибрюшные и диафрагмальные.

1.2 ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ГРЫЖ

В этиологическом отношении грыжи можно подразделить на врожденные и приобретенные.

Врожденные, вполне сформировавшиеся, т. е. имеющие все анатомические элементы грыжи, встречаются очень редко. К ним относятся пуповинная и диафрагмальная грыжи .

Гораздо чаще при рождении имеется только врожденный грыжевой мешок, который до рождения плода остается пустым, внутренности же втягиваются в него лишь после рождения, когда создаются условия для повышения внутрибрюшного давления, т. е. когда ребенок начинает кричать, тужиться. Грыжи, образовавшиеся таким путем, относятся к числу врожденных. Наиболее частой формой грыж этого рода являются врожденные паховые грыжи, образовавшиеся вследствие незаращения существующего в утробном периоде жизни влагалищного отростка брюшины.

Если имеется лишь врожденное предрасположение к образованию грыжи в виде врожденной слабости той или другой области брюшной стенки, например, пупка, белой линии и пр., то образовавшиеся в этих условиях грыжи относятся к числу приобретенных. Врожденный грыжевой мешок может оставаться пустым несколько лет и даже всю жизнь.

Приобретенные грыжи. Внутрибрюшное давление в силу физических законов распределяется почти равномерно по всей внутренней поверхности брюшной стенки, сопротивляемость же стенки не везде одинакова. В стенке живота имеются более слабые места, что обуславливается или анатомическим строением последней, или является результатом предшествовавших патологических процессов. В этих местах стенка живота не выдерживает давления, в них втягивается брюшина, образуя мешок, в который входят брюшные внутренности, т. е. образуется грыжа.

Таким образом, в происхождении приобретенных грыж основную роль играет взаимоотношение двух факторов: внутрибрюшного давления и сопротивляемости брюшной стенки.

Влияние повышенного брюшного давления рельефно выступает в происхождении грыж, образующихся в связи с заболеваниями, сопровождающимися сильным натуживанием (запоры, камни мочевого пузыря, сужения мочеиспускательного канала, гипертрофия простаты) или сильным кашлем (хронический бронхит, туберкулез легких) .

Слабость и податливость брюшных стенок вызываются общей атрофией и атонией тканей в глубокой старости, сильным похуданием. Местное ослабление сопротивляемости брюшной стенки может быть вызвано параличом и последующей атрофией отдельного участка брюшных мышц или рубцом того или другого происхождения.

Различают грыжи от насилия и грыжи вследствие слабости. К первым относятся те грыжи, в

происхождении которых главную, явно преобладающую роль играет повышение внутрибрюшного давления при достаточной сопротивляемости брюшной стенки, например, грыжа, образующаяся иногда у крепкого субъекта сразу после подъема им большой тяжести. Ко вторым относятся те грыжи, в происхождении которых главную роль играет слабость брюшной стенки, например, множественные грыжи у глубоких стариков, появляющиеся без видимого повода.

У мужчин грыжи встречаются в 3—4 раза чаще, чем у женщин. Это зависит главным образом от особенностей пахового канала первых — частого незаращения влагалищного отростка брюшины (см. Паховые грыжи).

Паховые и надчревные грыжи чаще встречаются у мужчин, бедренные и пупочные — у женщин.

Правосторонние грыжи более часты, чем левосторонние, что, по-видимому, зависит от того, что брюшинный влагалищный отросток чаще не зарастает справа. Нередко встречаются множественные грыжи, преимущественно в глубокой старости.

По данным на 1 180 больных грыжами с паховыми грыжами приходится 915 (77,6%), бедренными — 97 (8,2%), белой линии — 103 (8,7%), пупочными и околопупочными — 28 (2,4%), поясничными — 2 (0,2%), послеоперационными — 35 (2,9%).

1. Бурых М.П. Общие основы технологии хирургических операций. – Ростов н/Д.: «Феникс», 2009. – 544 с.
2. Воскресенский Н.В., Горелик С.Л. Хирургия грыж брюшной стенки. М., 2015.
3. Егиев В.Н. Ненатяжная герниопластика. Медпрактика М. 2012 г. 147 с.
4. Егиев В.Н. Атлас хирургических операций при грыжах М. 2013 г.
5. Емельянов С.И. и соавт. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. СПб, Фолиант, 2010, 176с.
6. Жебровский В.В. Атлас операций при грыжах живота 2014, 315 с.
7. Заривчацкий М.Ф., Еговкин В.Ф. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи. Изд. Г. Пермь 2013, 140 с.
8. Золлингер Р. Атлас хирургических операций. М., 2012, 420 с.
9. Кирпичев А.Г., Сурков Н.А. Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки. М. 2011.
10. Литтман Н.И. Оперативная хирургия. М., 2011.
11. Методические разработки по курсу частной хирургии: Для студентов старших курсов лечебного факультета / Под ред. Жидовинова Г.И. – Волгоград, 2009. – 248 с.
12. Основы оперативной хирургии / Под ред. С.А. Симбирцева. – СПб.: «Гиппократ», 2012. – 632 с.
13. Ороховский Д.Н. Основные грыжесечения. Донецк, 2011.
14. Петровский Б.В. — Хирургические болезни. М., 2014.
15. Плечев В.В., Корнилов П.Г., Шавалеев Хирургическое лечение больных послеоперационными вентральными грыжами. Уфа, 2010, 152 с.
16. Тимошин А.Д. и соавт. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки 2013 г.
17. Тоскин К.Д. и др. Грыжи брюшной стенки. М., 2012 г. 270 с.
18. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи живота. М., 2013.
19. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. СПб, 2010, 2 тома.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kurovaya-rabota/14304>