

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/diplomnaya-rabota/330431>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Сестринское дело

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ 3

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ 7

1.1. Определение. Этиология 7

1.2. Клинические симптомы 11

1.3. Диагностика 15

1.4. Принципы лечения 18

1.5. Профилактика 21

1.6. Инновационные технологии 23

ГЛАВА 2. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ 25

2.1. Сестринский уход в предоперационном периоде 25

2.2. Сестринский уход в послеоперационном периоде 27

2.3. Сестринский уход в период реабилитации 33

ГЛАВА 3. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ 37

3.1. Результаты онлайн анкетирования 37

3.2. Рекомендации для начинающих медицинских сестёр в период реабилитации 46

3.3. Результаты санпросвет работы 49

3.4. Результаты наблюдения за пациентами 50

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 55

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК 59

Приложение 1. Памятка 61

Приложение 2. Онлайн анкетирование 62

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Грыжа представляет собой выпячивание внутренних органов, покрытых брюшиной через естественное или патологическое отверстие в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки.

Латинский термин «грыжа» означает разрыв части структуры. Врожденная или приобретенная слабость брюшной стенки проявляется невозможностью удерживать внутренние органы брюшной полости на своих местах.

Проблема лечения грыж брюшной стенки до сих пор актуальна. Это можно объяснить высокой распространенностью данной патологии и неудовлетворенностью результатами лечения. Наружные грыжи живота встречаются у 6-7% всех мужчин и 2,5% женщин на нашей планете, примерно 510-570 млн человек страдают этой патологией. Вот почему герниопластика является одной из самых распространенных операций в абдоминальной хирургии, составляя 10-21% всех операций. Ежегодно в мире проводится более 1,5 млн вмешательств по поводу грыж брюшной стенки.

Пациента с грыжами брюшной стенки составляют до 25% всех пациентов в стационаре общей хирургии. К настоящему времени достигнут значительный прогресс в плановом лечении грыж, послеоперационная летальность при плановой герниопластике обычно не превышает 0,2-0,3%. В то же время при развитии осложнений и экстренных операциях по поводу осложненных грыж результаты хирургического лечения ухудшаются; летальность при ущемлении грыжи составляет не менее 2-8% и прогрессивно увеличивается с увеличением времени от начала осложнения до операции.

Часто причиной неудовлетворительных результатов является не только поздняя обращаемость пациентов, но и поздняя диагностика осложнений, связанная с недостаточным вниманием врачей общей практики к жалобам, анамнезу и неумелому обследованию больного. Именно поэтому врач любой специальности должен уметь распознать грыжу, а также поставить диагноз или хотя бы заподозрить развитие

осложнения грыжи и вовремя направить пациента в хирургический стационар.

Актуальность проблемы определяется и наметившейся в последнее время тенденцией роста заболеваемости грыжами. Это связано с увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста с присущими им хроническими заболеваниями органов дыхания и кровообращения, мочевыводящей системы, хроническими запорами, приводящими к периодическому повышению внутрибрюшного давления, а также заболеваниями обмена веществ (ожирение, сахарный диабет). Известно, что с возрастом увеличивается частота грыж, особенно паховых, пупочных и бедренных грыж.

Частота возникновения ущемленных грыж и потребность в госпитализации также увеличиваются с возрастом. Увеличение числа лапаротомий и расширение объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости привели к большому количеству эвентраций вследствие нарушений анатомо-физиологической целостности брюшной стенки. Наличие грыж нарушает общее состояние пациентов, снижает их работоспособность и нередко приводит к тяжелым осложнениям, наиболее грозным из которых является ущемление. Количество пациентов с ущемлением достигает 15-18% от общего числа пациентов с грыжами. Послеоперационная летальность в данной экстренной ситуации колеблется в пределах 3-8%, а у больных старше 60 лет возрастает до 17-18%.

Поэтому тема ущемленной грыжи является актуальной.

Цель: Изучить деятельность медицинской сестры в уходе за пациентами при лапароскопии ущемлённых грыж.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию и клинические симптомы грыж;
2. Изучить лечебно-диагностическую и профилактическую тактику при грыжах;
3. Проанализировать деятельность медицинской сестры при лапароскопии ущемлённой грыжи;
4. Провести анкетирование пациентов, сделать выводы;
5. Разработать рекомендации для начинающих медицинских сестёр в период реабилитации;
6. Проанализировать результаты санпросвет работы;
7. Проанализировать клинические случаи.

Объект: Ущемленные грыжи.

Предмет: Сестринский уход при лапароскопии ущемленных грыж.

Методы исследования:

1. Анализ научной литературы;
2. Наблюдение;
3. Анкетирование;
4. Математические методы обработки информации.

ГЛАВА 1

ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ

1.1. Определение. Этиология

Грыжи представляют собой выпячивание внутренних органов за пределы анатомической полости под общие покровы тела или в соседнюю полость. Наружная грыжа живота — хирургическое заболевание, при

котором через различные отверстия («слабые места») в мышечно-апоневротическом слое передней или задней брюшной стенки и тазового дна выпячиваются внутренние органы с париетальным листком брюшины при отсутствии повреждения целостности кожи. «Слабыми местами» могут быть естественные анатомические образования, такие как пупочное кольцо, бедренное кольцо и др., «слабые места» могут возникать вследствие травм, операций и различных заболеваний.

Внутренними называют такие грыжи живота, которые образуются внутри брюшной полости в карманах и складках или проникают в грудную полость через естественные или приобретенные отверстия и щели в диафрагме. Понятия «расслоение» и «пролапс» аналогичны понятию «грыжа». Эвентрация - остро развивающийся дефект брюшины и мышечно-апоневротического слоя передней брюшной стенки, в результате которого создаются условия для разгерметизации брюшной полости и истечения внутренних органов за ее пределы. Эвентрации бывают врожденные, травматические и послеоперационные. Выпадение (пролапс) — состояние, при котором происходит выпячивание органа или его части, не прикрытой брюшиной, например, выпадение матки через влагалище. Основное отличие грыжи от эвентрации и пролапса заключается в наличии грыжевого мешка.

Грыжа состоит из следующих элементов:

Грыжевые ворота - врожденное или приобретенное отверстие в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через которое под влиянием различных причин происходит выпячивание париетальной брюшины и внутренних органов живота. Форма грыжевых ворот может быть овальной, округло-щелевидной, треугольной или неопределенной. Размеры грыжевых ворот также весьма переменчивы: от нескольких сантиметров в диаметре при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота до 20-30 см и более при послеоперационных грыжах и диастазах прямых мышц живота.

Грыжевой мешок представляет собой часть париетальной брюшины, вышедший через грыжевые ворота. Различают шейку, тело и верхушку грыжевого мешка, которая обычно имеет овальную или грушевидную форму. Шейкой грыжевого мешка является его проксимальная часть, располагающаяся в грыжевых воротах. Тело - самая широкая часть, расположенная непосредственно под кожей. Верхушка - это дистальная часть кармана. Грыжевой мешок может быть однокамерным или многокамерным. К его стенкам могут быть припаяны внутренние органы.

Рисунок 1 – Составные части грыжи

1 - грыжевые ворота; 2 - грыжевой мешок; 3 - грыжевое содержимое; 4 - грыжевые оболочки

Наружная стенка грыжевого мешка неплотно связана с окружающими тканями (подкожной клетчаткой, оболочками семенного канатика и др.), поэтому при вправлении грыжевого содержимого в брюшную полость мешок остается на месте. Размеры грыжевого мешка сильно варьируют, от небольших при начальных формах грыжеобразования до больших и даже огромных размеров при длительном его существовании. Грыжевое содержимое может быть представлено любым органом брюшной стенки. Но, чаще всего грыжевое содержимое представлено подвижной петлей тонкой кишки.

Развитие грыжи является результатом нарушения динамического баланса между внутрибрюшным давлением и способностью брюшных стенок противодействовать ему. У здорового человека, несмотря на наличие «слабых мест» брюшной стенки, мышечно-апоневротический аппарат удерживает органы брюшной полости в их естественном положении даже при значительных колебаниях внутрибрюшного давления (роды, силовые тренировки, кашель, дефекация). Нарушения системы взаимодействия стенок живота и внутрибрюшного давления возникают в результате действия комплекса местных и общих факторов.

К местным факторам относятся особенности анатомо-топографического строения областей, через которые выходят грыжи. Эти участки изначально менее устойчивы к изменениям внутрибрюшного давления. К ним относятся паховый канал, через который у мужчин проходит семенной канатик, внутреннее отверстие «бедренного канала», пупочное кольцо и лакуны в белой линии живота.

Общие факторы грыжеобразования делятся на предрасполагающие и производящие.

К предрасполагающим факторам относятся особенности конституции человека (астеническое телосложение, высокий рост), наследственная слабость соединительной ткани (обуславливает развитие плоскостопия, варикозного расширения вен и геморроя), половая принадлежность (особенности строения малого таза и большие размеры внутреннего отверстия «бедренного канала» у женщин, меньшая прочность паховой области у мужчин), возраст (слабость брюшной стенки у детей первого года жизни, атрофия брюшной стенки у пожилых); как ожирение, так и быстрая потеря веса; частые роды (перерыв менее 3 лет), при которых структура и тонус брюшной стенки не успевают восстановиться;

послеоперационные рубцы; паралич нервов, иннервирующих брюшную стенку.

Эти факторы способствуют ослаблению брюшной стенки, но их нельзя рассматривать как неизбежно определяющие образование грыжи. Для этого необходимо еще наличие производящего фактора.

Производящие факторы – это факторы, способствующие значительному повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям. Это состояния, возникающие при частом плаче малыша, длительном кашле (туберкулез, хронический бронхит, профессиональный пневмокониоз); тяжелый физический труд, превышающий степень тренированности мышц конкретного человека; затрудненное мочеиспускание (фимоз, аденома предстательной железы, стриктура уретры), длительные запоры, осложненная беременность (многоводие) и тяжелые роды с длительным периодом потуг.

Усилие, способствующее резкому повышению внутрибрюшного давления, растяжению и разрыву апоневротического кольца и возникновению грыжи, может быть единственным и резким (подъем тяжестей, напряжение всего тела). Однако, гораздо чаще грыжа образуется в результате умеренных, но систематических колебаний внутрибрюшного давления, ослабляющих и без того слабые места брюшной стенки.

Для правильного выбора тактики лечения врач должен выявить предрасполагающие и производящие факторы образования грыжи. Воздействовать на предрасполагающие факторы невозможно. Производящие факторы должны быть устранены или, по крайней мере, сведено к минимуму их влияние перед операцией и в ближайшие месяцы послеоперационного периода, иначе неизбежен рецидив заболевания.

Механизм грыжеобразования зависит от этиологии заболевания (врожденная или приобретенная грыжа).

Причиной образования врожденной грыжи является недоразвитие брюшной стенки во внутриутробном периоде (эмбриональная пупочная грыжа) или незаращение брюшины пахового отростка. Грыжевые ворота и грыжевой мешок к моменту рождения ребенка уже сформированы, и только потом (иногда через годы после рождения) в результате физических нагрузок и повышенного внутрибрюшного давления в грыжевой мешок попадают внутренние органы.

При приобретенных грыжах органы брюшной полости выходят через грыжевые ворота, оттесняя впереди себя париетальную брюшину, и проникают дальше, чаще всего по существующему сосудистому пучку или каналу. Под влиянием повышенного внутрибрюшного давления формирующийся грыжевой мешок с грыжевым содержимым оттесняет перед собой слои брюшной стенки. Грыжа увеличивается за счет растяжения и постепенного выпячивания париетальной брюшины, в образовавшийся мешок поступает все большее количество грыжевого содержимого. В связи с этим приобретенная грыжа клинически проявляется с самого начала формирования.

1.2. Клинические симптомы

По локализации все грыжи живота делятся на наружные (выходящие за пределы брюшной стенки под кожу) и внутренние (органы перемещаются в расширенные отверстия брыжейки кишечника или диафрагмы в брюшную полость).

Объем грыжи может быть полным или неполным.

1. Полная грыжа характеризуется тем, что грыжевой мешок с его содержимым выходит за пределы брюшной стенки.

2. При неполной грыже грыжевой мешок выходит из брюшной полости, но не за края брюшной стенки (например, при косой паховой грыже содержимое может располагаться в паховом канале). [7]

По месту возникновения различают:

- паховые;
- бедренные;
- пупочные;
- послеоперационные грыжи;
- грыжи белой линии живота.

Рисунок 2 – Виды грыж

Грыжи живота могут быть вправимыми и невправимыми. Вначале все образовавшиеся грыжевые

выпячивания вправимы - при незначительном усилии все содержимое грыжевого мешка достаточно легко перемещается в брюшную полость. При отсутствии должного наблюдения и лечения объем грыжи значительно увеличивается, она перестает вправляться, то есть становится невправимой.

Со временем возрастает риск самого серьезного осложнения грыжи - ущемление. Об ущемленной грыже говорят, когда органы (содержимое) выдавливаются в грыжевые ворота, происходит их некроз. Выделяют следующие виды ущемления:

- обструктивное (каловое) возникает при перегибе кишечника и прекращении прохождения каловых масс по кишечнику;

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абдулаев, А.Г. Госпитальная хирургия. Синдромология / А.Г. Абдулаев и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 503 с.
2. Аль-Сабунчи О.А. Брюшные грыжи. Под редакцией д.м.н. профессора А.А. Щеголева - Москва, 2021 - 23 с.
3. Атлас топографической и патотопографической анатомии человека: грудь, живот, поясничная область и забрюшинное пространство: учеб. пособие / [авт.-сост. З. М. Сигал]; ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия». - Ижевск: ИГМА, 2017.
4. Барыкина, Н. В. Сестринское дело в хирургии. Практикум / Н.В. Барыкина. - М.: Феникс, 2015. - 480 с.
5. Большаков, О.П. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / О.П. Большаков. - СПб.: Питер, 2018. - 432 с.
6. Борисова В.Н., Козлова Л.Л. Необходимость психологической поддержки пациентов в периоперационный период. Медицинская сестра, 2014; (1): 13-16 с.
7. Волков, А. В. Практикум по топографической анатомии и оперативной хирургии: учебное пособие / А. В. Волков, Г. М. Рынгач. - Новосибирск: НГМУ, 2019. - 440 с.
8. Волочаева М.В., Филиппова Н.В. Сестринский уход в хирургическом отделении. Медицинская сестра, 2010; (2): 6-9
9. Евсеев, М. А. Уход за больными в хирургической клинике / М.А. Евсеев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 192 с.
10. Еремина Е.С., Пьяных А.В. Оптимизация медицинской документации в отделении хирургического профиля. Медицинская сестра, 2014; (1): 31-32
11. Жуков, Б.Н. Хирургия: Учебник / Б.Н. Жуков. - М.: Academia, 2018. - 126 с.
12. Каган, И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: Учебник / И.И. Каган. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 80 с.
13. Качаровская, Е. В. Сестринское дело в педиатрии / Е.В. Качаровская. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 128 с.
14. Коваль, О. В. Сестринский уход в хирургии. Шпаргалки / О.В. Коваль. - М.: Феникс, 2016. - 160 с.
15. Кузнецов, Н.А. Общая хирургия / Н.А. Кузнецов. - М.: МЕДпресс-информ, 2018. - 896 с.
16. Маслов, В.И. Хирургия: В 2 т. Т. 2: учебное пособие / В.И. Маслов. - М.: Academia, 2018. - 320 с.
17. Неотложная хирургия груди и живота. Руководство для врачей / Л.Н. Бисенков и др. - М.: Гиппократ, 2017. - 560 с.
18. Рубан, Э.Д. Хирургия: учебник / Э.Д. Рубан. - РнД: Феникс, 2017. - 569 с.
19. Рылюк, А. Ф. Топографическая анатомия и хирургия органов брюшной полости / А.Ф. Рылюк. - М.: Высшая школа, 2017. - 319 с.
20. Селезнева, Т.Д. Общая хирургия: Учебное пособие / Т.Д. Селезнева. - М.: Риор, 2017. - 288 с.
21. Сигал, Е.И. Эндоскопическая хирургия / Е.И. Сигал. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 743 с.
22. Сыромятникова, А. В. Руководство к практическим занятиям по хирургии / А.В. Сыромятникова, М.С. Брукман. - Москва: Гостехиздат, 2020. - 352 с.

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/diplomnaya-rabota/330431>