Введение

невоспалительный грыжа ранение живот

Актуальность проблемы: Диагностика заболеваний ОБП за последние годы, благодаря внедрению в повседневную практику таких методов исследования как фиброгастроскопия, колоноскопия, лапароскопия, дальнейшего развития рентгенологических методов, эхографического исследования достигла значительных успехов.

Но, несмотря на внедрение новых технологий, проблема невоспалительных заболеваний брюшной полости сохраняет свою актуальность и в настоящее время врачебные ошибки при распознавании заболеваний ОБП встречаются весьма часто и даже чаще чем при других заболеваниях систем.

Неудовлетворительные результаты лечения больных с невоспалительными заболеваниями ОБП связаны с возникновением тяжелых послеоперационных осложнений и высоким уровнем летальности. Следует отметить, что при патологии брюшной полости, как никогда, имеет значение своевременное распознавание патологического процесса, ибо во многих случаях исход заболевания решают даже не часы, а минуты. Все это создает повышенные требования к исследованиям ОБП, которые являются трудным, и, в то же время, весьма информативными.

Объект исследования: пациент Комаров Евгений Александрович с врачебным диагнозом пупочная грыжа

Предмет исследования: сестринский процесс у пациентов с невоспалительными заболеваниями брюшной полости

Цель данной курсовой работы: выявить особенности сестринского процесса при невоспалительных заболеваниях ОБП.

Задачи исследования:

Изучить клиническое течение

Провести анализ осложнений

Оценить результаты разных способов обследования

Изучить возможные исходы заболеваний и их предотвращения

Глава 1.Теоретические аспекты невоспалительных заболеваний ОБП

Заболевания брюшной полости весьма разнообразны, каждое из них имеет свою симптоматику, методы лечения и опасность для пациента. Ниже рассмотрены некоторые из таких заболеваний.

Грыжи живота

Грыжей живота называется перемещение органов, покрытых пристеночной брюшиной, через естественные или приобретённые дефекты брюшной стенки в соседние полости или под кожу.

Составные элементы грыжи (рис1)

Грыжевой канал - в норме не существует. Он образуется по мере выхода грыжевого выпячивания в самых слабых местах брюшной стенки. Грыжевые ворота - кольцо рубцово измененных тканей, пропускающее внутренности. Грыжевой мешок - полость, высланная брюшиной. Грыжевое содержимое - внутренние органы заполняющие грыжевой мешок, чаще всего большой сальник и кишечник.

Различают наружные и внутренние грыжи живота. наружные грыжи живота образуются в анатомически слабых местах брюшной стенки, где проходят крупные сосуды, соединения мышц, есть участки неполноценных апоневротических образований, потерявших свою прочность после операции, травм или нагноительных процессов. Внутренние грыжи образуются в области диафрагмы или имеющихся естественных складок брюшины после операций, травм или воспалений.

Грыжи разделяют на: врожденные; приобретенные: травматические, послеоперационные

По клинической картине различают грыжи:

вправимые - грыжа развивается постепенно. При тяжёлой физической работе, беге, прыжках пациент ощущает покалывающие боли на месте формирующейся грыжи. При обследовании определяется образование, свободно вправляющееся в брюшную полость и увеличивающееся при напряжении брюшного пресса;

невправимые - образуются под влиянием повреждения грыжевого мешка или его содержимого, когда образуются сращения серозных оболочек, спайки, которые препятствуют обратному вхождению выпавших органов в брюшную полость. При невправимой грыже грыжевое выпячивание не меняет величины и формы или несколько уменьшается в покое и при надавливании на неё. Как правило, такие больные жалуются на постоянные боли, усиливающиеся при физической нагрузке, иррадиацию болей по всему животу, диспепсические расстройства;

ущемлённые - при сдавлении выпавших органов грыжевыми воротами наступает ущемление грыжи. Это очень опасное осложнение, требующее немедленной госпитализации в хирургическое отделение и экстренной операции. Важнейшими симптомами ущемлённой грыжи являются внезапно возникшие боли в области грыжевого выпячивания, увеличение его.

Различают:

Пупочная грыжа (рис2) - патологическое расположение внутренних органов (кишечника, большого сальника), в случае которого они выходят за границу брюшной стенки и локализуются в области пупочного кольца. В большинстве случаев пупочная грыжа появляется ещё в раннем детском возрасте. После отпадения пуповины у новорожденных пупочное кольцо в норме смыкается, отверстие облитерируется рубцово-соединительной тканью. В укреплении области пупочного отверстия важная роль принадлежит брюшным мышцам, которые дополнительно стягивают кольцо. Пока процессы облитерации пупочного кольца ещё не завершены, любое увеличение внутрибрюшного давления может способствовать выходу петель кишечника, большого сальника и брюшины в околопупочное пространство. Таким образом происходит формирование пупочной грыжи. Основной причиной возникновения пупочной грыжи служит наследственная слабость брюшинной фасции. Наличие у одного из родителей в детстве пупочной грыжи повышает риск развития аналогичного заболевания у ребенка до 70%. Образованию пупочной грыжи в детском возрасте способствует плач ребёнка, упорные запоры, газообразование в кишечнике, недоношенность. Иногда появление грыжи совпадает с началом хождения ребёнка, особенно в тех случаях, когда он слишком рано принимает вертикальное положение. Склонность к образованию пупочной грыжи имеют дети с врождённым гипотиреозом, болезнью Дауна, болезнью Харлера, лактазной недостаточностью, дисбактериозом кишечника. Вопреки расхожему мнению, образование пупочной грыжи никак не связано с техникой обработки пуповины.

Диагностика: обследование по поводу пупочной грыжи проводится педиатром или хирургом. При осмотре пациента обращают внимание на наличие шаровидного выпячивания в околопупочной области. Иногда в области грыжи через истонченную кожу заметны контуры кишечных петель и перистальтика. Пальпация пупочного кольца выявляет дефект брюшной стенки, грыжевой мешок, в который, как правило, входит петля кишки и большой сальник.

Лечение: взрослым и детям старше 5 лет с нерегрессировавшей пупочной грыжей показано хирургическое лечение (герниопластика). При пупочной грыже применяются два типа операций - герниопластика местными тканями и с использованием сетчатых имплантатов.

Грыжи белой линии живота - состояние, при котором в сухожильных волокнах между мышцами по средней линии живота образуются щели, через которые выходит сначала жир, а затем и ОБП. Грыжа белой линии живота проявляется болезненным выпячиванием в любом месте по средней линии живота.

Причиной формирования грыжи служит врожденная либо приобретенная анатомическая слабость соединительнотканных волокон белой линии живота, что сопровождается ее истончением, расширением, появлением щелевидных отверстий и диастазом (расхождением) прямых мышц живота.

Клиническая картина: в ряде случаев грыжа белой линии живота ничем себя не проявляет и обнаруживается случайно. Первым и основным признаком заболевания, как правило, служит болезненное выбухание вдоль белой линии живота. Болезненность образования усиливается после еды, при физической нагрузке, других ситуациях, связанных с повышением внутрибрюшного давления. Усилению болей может способствовать натяжение сальника, фиксированного к грыжевому мешку, давление париетальной брюшины на нервы или временное ущемление грыжи. Боль при грыже белой линии живота может сопровождаться иррадиацией в подреберье, лопатку, поясницу. После ослабления натуживания грыжевое выпячивание и боль могут пропадать. Часто при грыже белой линии живота отмечаются диспепсические расстройства: тошнота, изжога, отрыжка.

Диагностика:

обследование у хирурга;

рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки;

гастроскопия (ЭГДС, эзофагогастродуоденоскопия);

герниография - рентенологический метод, заключающийся в введении в брюшную полость специального контрастного вещества с целью исследования грыжи;

УЗИ грыжевого выпячивания;

Лечение: консервативного лечения грыж белой линии живота не существует; во всех случаях показано хирургическое вмешательство. В ходе операции выделяется и вскрывается грыжевой мешок, осматривается его содержимое и, как правило, удаляется часть сальника. Особенностью хирургии грыж белой линии живота служит необходимость обязательного устранения диастаза прямых мышц живота. В зависимости от способов оперативного лечения при грыжах белой линии живота может применяться пластика местными тканями (натяжная) или синтетическими протезами (ненатяжная).

Диафрагмальные грыжи - представляет собой дефект (отверстие или выпячивание) в диафрагме, через которое органы могут проникать из брюшной полости в грудную полость и наоборот. Встречается данное состояние довольно часто. Так у 7-8% пациентов с жалобами на боль в грудной клетке и изжогу при рентгенологическом исследовании выявляется диафрагмальная грыжа.

Клиническая картина: клинические симптомы диафрагмальных грыж обусловлены перемещением в грудную клетку ОБП, их перегибом в грыжевых воротах, а также сдавлением лёгкого и смещением средостения в здоровую сторону. Симптомы зависят от того какие органы были вовлечены в патологический процесс. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы больные жалуются на изжогу, отрыжку, боли в верхней части живота, грудной клетке и подреберье, одышку и сердцебиение после приёма пищи, особенно обильной. Натощак, как правило, этих явлений не наблюдается. У некоторых больных после еды возникает рвота, приносящая облегчение. Характерными симптомами являются ощущаемые больными звуки "бульканья и урчания" в грудной клетке.

Диагностика: заподозрить наличие у пациента диафрагмальной грыжи может врач-терапевт на основании расспроса и осмотра. Для уточнения диагноза проводят рентгеноконтрастное исследование (перед исследованием пациенту предлагают выпить безвредное для организма контрастное вещество бариевую взвесь) и эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС).

Лечение: скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы не подвержены ущемлению и в большинстве случаев на требуют оперативного вмешательства. Назначается механически и химически щадящая диета с дробным питанием небольшими порциями, препараты для уменьшения желудочной секреции и снижения кислотной агрессивности желудочного содержимого. Пациентам с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы противопоказаны тяжёлая физическая работа, ношение тугих поясов, бандажей, повышающих внутрибрюшное давление. Остальные виды диафрагмальных грыж, как правило, являются показанием к оперативному лечению.

Уход за пациентами с грыжей

Перед плановой операцией пациенту проводится амбулаторное обследование. В стационаре на кануне операции вечером и утром делается очистительная клизма. Операция проводится под местной анестезией.

При обширных вентральных грыжах перед операцией в течении 2-х недель проводят тугое бинтование живота для профилактики резкого повышение внутрибрюшного давления, лечебную физкультуру и обучение грудному дыханию.

При ущемлённой грыже пациента срочно госпитализируют в хирургическое отделение для экстренной операции. Введение обезболивающих и спазмолитиков недопустимо, так как может произойти самовправление. Подготовка к операции проводится не более 1,5 часов. Начинают операцию под местной анестезией.

После операции (грыжесечение) пациенту назначают постельный режим на 2 дня. Через 2 дня после операции, прошедшей без осложнений, разрешают пить и принимать жидкую пищу. На 2-й день переводят на общий стол. После подъёма с постели рекомендуют носить плотный пояс вокруг живота в течении 1-2 недель и ограничить физическую нагрузку на 3-4 недели. После операции по поводу пахово-мошоночной грыжи для уменьшения отёка мошонки применяют суспензорий.

Механическая кишечная непроходимость возникает при наличии препятствия в том или ином месте кишечника. Она может быть связана с заворотом, узлоообразованием, защемлением кишки, например, при длительном голоданием и обильном приёме пищи (так называемая странгуляционная кишечная непроходимость), а также с механической закупоркой просвета кишечника (обтурационнная кишечная непроходимость) при:

спайках;

опухолях кишечника и соседних органов (опухоль сдавливает кишечник снаружи);

инородных телах;

грыжах;

желчных камнях;

формировании комка пищи, богатого пищевыми волокнами.

Клиническая картина

Боль в животе. При обтурации боль схваткообразная, нарастает постепенно. При странгуляции боль резкая, не стихает между схватками. При развитие перитонита боль притупляется. Если боль локализуются вокруг пупка, с интервалами 2-5 мин и рвота облегчает боль - то это классические признаки тонкокишечной непроходимости. Прекращение перистальтики и схваткообразных болей является неблагоприятным признаком.

При толстокишечной непроходимости - боль ниже пупка, с интервалами 6-10 мин.

При ущемлении грыжи могут быть постоянные боли в месте ущемления и коликообразные боли в животе. Рвота. Сначала несёт рефлекторный характер, а потом обусловлена переполнением кишечника. В далеко зашедших случаев (через 3 дня после полной обструкции) в рвотных массах имеется кишечное содержимое (каловая рвота).

Чем выше обструкция - тем сильнее выражена рвота. При обтурации толстого кишечника рвоты может и не быть.

Жажда - обусловлена альдостероном, которым выбрасывается в ответ на снижение ОЦК.

Задержка стула и газов. В начале заболевания может быть стул, даже понос. Вздутие живота - чем дистальнее имеется непроходимость, тем сильнее выражено вздутие.

Для подтверждения диагноза в срочном порядке выполняют рентгенологическое исследование ОБП, анализ крови. В качестве дополнительного метода используют ультразвуковое исследование ОБП.

В течение первых шести часов кишечную непроходимость чаще всего лечат консервативно: промывают желудок при помощи желудочного зонда (специальная гибкая полая трубка), делают клизмы, ставят "капельницу". Если состояние больного не улучшается, приступают к операции. Вид операции зависит от причины, вызвавшей непроходимость и особенностей поражения кишечника. Чаще всего удаляют часть кишки. Операцию не выполняют только в том случае, если непроходимость кишечника вызвана резким ослаблением сокращений кишки. С такой ситуацией удаётся справиться с помощью специальных лекарственных средств.

Повреждение брюшной стенки

Такие повреждения могут сопровождаться ушибом, разрывом мышц, апоневроза и кровеносных сосудов. При повреждении брюшной стеки, кровоподтёки или наружная гематома в месте удара. Общее состояние страдает незначительно, артериальное давление и пульс в норме. Для уточнения диагноза пациента всегда госпитализируют в хирургическое отделение. В стационаре проводится наблюдение за пациентом: проверка общего анализа крови и мочи, измерение АД и температуры тела, подсчёт пульса, ультразвуковое исследование ОБП, при подозрении на повреждение внутренних органов показана лапароскопия.

В лечение используется покой, холод на место травмы, обезболивающие препараты.

Повреждение внутренних органов

При повреждении внутренних органов может быть разрыв паренхиматозных или полых органов, отрыв брыжейки кишки. При повреждении паренхиматозных органов (печени, селезёнки, кровеносных сосудов) наблюдается картина острой кровопотери. Пострадавшей бледен, заторможен, пульс учащён и слабого наполнения, АД всё время снижается, боль в животе нарастающего характера. При пальпации живота определяется болезненность, напряжение мышц брюшной стенки, притупление в боковых отделах и внизу живота. В общем анализе крови отмечается падение гемоглобина, уменьшение эритроцитов и сгущение крови. Иногда может быть подкапсульный разрыв паренхиматозного органа, тогда общее состояние пациента ухудшается постепенно с резким его изменением после разрыва капсулы. Пострадавший от острой кровопотери может умереть.

При разрыве полых органов (желудка, кишечника)наблюдается симптом острого перитонита.

Пациент отмечает боль разлитого характера, тошноту и рвоту. Пациент бледен, с заострёнными чертами лица, сознание спутанное, язык сухой, пульс частый. При пальпации живота выявляется болезненность, напряжение мышц брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При перкуссии - исчезновение печёночной тупости, тимпанит над всей брюшной полостью, притупление в боковых и нижних отделах живота, аускультация дают ослабление перистальтики и шум плеска. В общем анализе крови наблюдается лейкоцитоз, смещение лейкоцитарной формулы влево, ускоренное СОЭ. При рентгенологическом исследовании брюшной полости обнаруживается свободный газ над куполом диафрагмы.

Оказание первой медицинской помощи ограничивается наложением холода и срочной госпитализации в хирургическое отделение для экстренной операции.

В случае повреждения селезёнки её удаляют, разрыв печени и полых органов ушивается.

Проникающие ранения живота

Проникающие ранения живота сопровождаются ранением полых и паренхиматозных органов, эвентрацией органов (выпадение органов наружу) и редко только повреждением париетальной брюшины.

Клинически наблюдаются симптомы острой кровопотери, травматического шока, перитонита. Очень тяжело протекают огнестрельные ранения.

Первая помощь заключается в наложении асептической повязки, холода на место травмы, введение противошоковых препаратов и госпитализация в хирургическое отделение для экстренной операции. В случае эвентрации внутренних органов необходимо вокруг выпавших органов уложить бинтовой валик и сверху влажную повязку с физиологическим раствором.

В лечении проводится лапаротомия с ревизией внутренних органов и их ушиванием.

Уход за пациентом при травме живота

При повреждении живота пациент находится на строгом пастельном режиме. Перед операцией в период наблюдения за пациентом пострадавшему нельзя вводить обезболивающие препараты, пить и есть. Перед операцией проводится интенсивная инфузионная терапия, измерение АД и температуры тела, подсчёт пульса, исследование общего анализа крови и мочи. После операции пациента помещают в реанимационное отделение. После выхода из наркоза пациенту придают в постели положение полусидя. Проводится уход за дренажами, учитывается количество выделяемой жидкости по дренажам, суточный диурез. Следят за частотой пульса, артериальным давлением и температурой тела, повязкой в области послеоперационной раны. Проводится профилактика послеоперационной тромбоэмболии и легочных осложнений. Через сутки пациенту разрешают поворачиваться в постели, заниматься дыхательной зарядкой. Первые сутки у больного введён желудочный зонд. Сначала проводится парентеральное питание, и на вторые сутки разрешается пить дробными порциями, есть жидкую пищу можно только с 3-4 дня при восстановлении моторики кишечника.

Глава 2. Практическая часть

Экспериментальная база: хирургическое отделение ЯГБ.

Методы исследования:1. Изучение законодательных актов, приказов, медицинской литературы, инструкций.2. Метод анализа и сравнения статистических показателей. 3. Метод наблюдения.

Этапы исследования:1. Составление программы и плана исследования.2. Сбор материала.3. Разработка материала.4. Анализ, выводы, предложения.

Практическая значимость:1. Внедрение в программу рекомендаций по правильному питанию, отказу от курения и алкоголя.2. Возможность исследования результатов в качестве базы для дальнейших теоретических и прикладных изысканий в области оказания сестринской помощи пациентам с повреждениями головы.

Сестринская история стационарного больного №\_\_413\_\_ (хирургическая)

Наименование лечебного учреждения \_\_\_\_\_\_ЯГБ\_\_\_\_\_

Дата и время поступления \_\_10.06.15 8:30\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата и время выписки \_\_\_\_\_\_22.06.15 12:00

Кем направлен больной \_\_\_\_участковым терапевтом

Направлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет (подчеркнуть) через \_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы госпитализирован в плановом порядке: да, нет (подчеркнуть)

Виды транспортировки: на каталке, на кресле - каталке, может идти (подчеркнуть)

Отделение \_\_\_\_хирургическое\_\_\_\_\_\_\_\_Палата \_\_\_6\_\_\_\_\_\_

Переведён в отделение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Проведено койко-дней\_\_\_12\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_муж.\_\_\_\_ Возраст\_\_20.01.1973\_\_\_ (42 полных лет, для детей до 1 года - месяцев, до 1 месяца - дней)

Место работы, должность \_\_\_\_\_не работает\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессиональные вредности: да, нет (подчеркнуть), указать какие \_\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_

Для инвалидов род и группа инвалидности \_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_

Постоянное место жительства (телефон) \_Московская область, , Дмитровский район, г.Яхрома ул.Ленина д20 кв34\_\_\_\_\_89640539963\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (вписать адрес, указав для приезжих область, район, населенных пункт, адрес и телефон родственников)

Семья / близкие люди жена - Татьяна\_\_\_\_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: лекарственные препараты \_\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_

Пищевые аллергены \_цитрусовые\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств \_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название препарата, характер побочного действия)

Эпидемиологический анамнез \_\_\_\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_\_ (контакт с инфекционными больными, въезд за пределы города или государства, гемотрансфузия, инфекции, оперативные вмешательства за последние 6 месяцев)

Врачебный диагноз : Пупочная грыжа

Сестринские диагнозы:

приоритетные проблемы: боль в области пупка, тошнота

настоящие проблемы: головокружение

Дополнительно установленные сестринские диагнозы\_\_\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_

ЛИСТ ПЕРВИЧНОГО СЕСТРИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Проблемы (жалобы пациента)боль в обл пупка, тошнота

|  |  |
| --- | --- |
| ДЫХАНИЕ | ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА |
| Субъективные данные: Одышка: да нет Кашель: да нет Мокрота: да нет Требуется ли специальное положение в постели (да, нет) Замечания сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Объективные данные: Окраска кожных покровов и слизистых чистые, розовые Частота дыхания частое Глубина дыхания поверхностное Ритм дыхания ритмичное Одышка (экспираторная, инспираторная, смешанная) Мокрота (гнойная, кровянистая, серозная, пенистая), запах (да, нет) Пульс 55 в мин.; ритмичный, аритмичный АД\_\_110/70\_\_мм рт. ст. |  Проблема не выявлена |
| ПИТАНИЕ И ПИТЬЕ | ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА |
| Субъективные данные: Жажда: да нет Суточное потребление жидкости\_\_\_\_1500мл\_\_\_\_\_\_\_ Аппетит (сохранен, повышен, понижен, отсутствует) Что предпочитает\_\_жареное, острое Погрешности в диете (да, нет) Диспепсия (изжога, отрыжка, тошнота, рвота) Сухость во рту (да, нет) Способность самостоятельно питаться (да, нет) Замечания сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Объективные данные: Диета № \_\_\_\_15\_\_\_\_\_\_\_ Рост\_\_168\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вес\_\_\_89\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должный вес\_\_\_68\_\_\_\_\_\_\_ Характер рвотных масс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Зубные протезы (да, нет) Нарушение жевания (да, нет) Нарушение глотания (да, нет) Гастростома (да, нет) Живот: участвует в акте дыхания, симметричен, увеличен в объеме (участие в акте дыхания, форма, симметричность особенности кожи живота, увеличение в объеме) Пальпация живота: болезненный в обл пупка (болезненность, напряжение) |  Боли при пальпации, живот увеличен в объеме Аппетит снижен, погрешности в диете, тошнота |
| ВЫДЕЛЕНИЕ | ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА |
| Субъективные данные: Кратность стула\_\_\_\_0\_\_\_ Характер стула (жидкий, оформленный) Патологические примеси\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_ Недержание кала (да, нет) Мочеиспускание (свободное, болезненное, затруднено, недержание, неудержание) Суточное количество\_\_1200 мл\_\_\_ Встает ночью (да, нет) Способность самостоятельно пользоваться туалетом (да, нет) Замечания сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Объективные данные: Колостома (илеостома) (да, нет) Вздутие живота (да, нет) Характер мочи (обычная, мутная, цвета пива, мясных помоев) Катетер\_\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Цистостома (да, нет) Отеки (да, нет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  Отсутствие стула  |
| СОН | ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА |
| Субъективные данные: Сон (не нарушен, прерывистый, быстрое пробуждение, засыпание под утро, бессонница) Постельный комфорт (да, нет) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Замечания сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Объективные данные: Спит ночью: да, нет днем: да, нет  |  Проблем ну выявлено  |
| ГИГИЕНА И СМЕНА ОДЕЖДЫ | ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА |
| Субъективные данные: Зуд (да, нет) Локализация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заботится ли о своей внешности\_\_да\_\_\_\_\_ Способность самостоятельно умываться и причёсываться, ухаживать за полостью рта, мыть всё тело, переодеваться да Замечания сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Объективные данные: Состояние кожи и слизистых: (чистая, сухая, влажная) Цвет (розовый, бледность, цианоз, гиперемия, желтушность) Тургор \_\_\_\_\_в норме\_\_\_\_\_\_ Пролежни\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_\_ Другие дефекты (расчесы, опрелости)\_\_\_\_\_\_\_нет \_\_\_\_\_\_\_ Слизистые оболочки чистые, розовые Запах изо рта (да, нет) Белье (чистое, грязное) Санитарная обработка (полная, частичная) |  Бледность кожных покровов |
| ПОДДЕРЖАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА | ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА |
| Субъективные данные: Озноб (да, нет) Чувство жара (да, нет) Замечания сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Объективные данные: Температура тела \_\_\_36.9\_\_\_\_ |  Проблема не выявлена  |
| БЕЗОПАСНОСТЬ | ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА |
| Субъективные данные: Факторы риска: Аллергия\_\_\_\_\_цитрусовые Курение\_\_\_\_\_\_\_да\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Алкоголь (нет) Падения (да, нет) Частые стрессовые ситуации (да, нет) Другие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отношение к болезни \_\_\_\_\_адекватное\_\_\_ Способность самостоятельно принимать лекарства\_\_\_\_\_да\_\_\_\_ Потребность в информации\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_да\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Боль\_\_\_\_\_есть\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_в обл пупка Что дает облегчение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лекарственные препараты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Замечания сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Объективные данные: Ориентация во времени и пространстве, собственной личности (да, нет, бывают эпизоды дезориентации) Резервы: очки, линзы, слуховой аппарат, съёмные зубные протезы, трость, другие \_\_\_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_\_ Способность самостоятельно поддерживать свою безопасность (да, нет)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  Боль в обл пупка |
| ДВИЖЕНИЕ | ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА |
| Субъективные данные: Передвигается самостоятельно (да, нет) Передвигается с помощью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ходит до туалета (да, нет) Поворачивается в постели (да, нет) Замечания сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Объективные данные: Двигательный режим (общий, палатный, постельный, строгий постельный) Положение в постели (активное, пассивное, вынужденное)  |  Проблема не выявлена |
| ОБЩЕНИЕ | ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА |
| Субъективные данные: Семейное положение\_\_женат\_\_\_\_\_ Поддержка семьи (да, нет) Поддержка вне семьи \_\_\_\_есть\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Трудности при общении\_\_\_\_нет\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Замечания сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Объективные данные: Сознание (ясное, нарушено) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Речь (нормальная, нарушена, отсутствует) Память (нормальная, нарушена) Зрение (нормальное, нарушено) Слух (нормальный, снижен)  |  Проблема не выявлена |
| ОТДЫХ И ТРУД | ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА |
| Субъективные данные: Досуг газета телевизор\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Трудоспособность (да, нет) Замечания сестры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Объективные данные: В свободное время пациент разгадывает кроссворды Более\_2\_кг поднимать и носить нельзя Смотреть телепередачи (можно, нельзя) Читать книги (можно, нельзя) Гулять: по палате, коридору, во дворе больницы (можно, нельзя) |  Нельзя поднимать тяжести  |

Оценка принимаемых лекарств

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Название препарата | Церукал | Глицин | Баралгин |
| Показание к применению | При тошноте | При стрессах, нарушениях сна | При болях |
| Фармакологическое действие | противорвотное | Седативное | Обезболивающее |
| Способ приёма, время | 3-4р в день | Внутрь, 3 раза/сут | в/м  |
| Доза | 10 мг | 2 таблетки | 5 мл |
| Эффективность действия | Эффективен | Эффективен | Эффективен |
| Побочные эффекты | отсутствуют | отсутствуют | отсутствуют |

Данные лабораторных и инструментальных исследований

|  |  |
| --- | --- |
| ДатаВид анализа, исследования | РЕЗУЛЬТАТЫ |
| 10.06.2015 Общий анализ крови | Hb - 130,0 Эр - 5,6 Цветовой показатель - 0,9 Тр - 180,0 Leu - 14,7 |
| Общий анализ мочи 10.06.2015 | Цвет - жёлтый; Прозрачность - полная; Плотность - 1015 Реакция - кислая; Белок - ABS; Глю - abs; Кетоновые тела - abs; Эпителий - 3-5 в поле зрения; Лейкоциты - до 1-2 в поле зрения; Эр. Неизменённые - 0-1 в поле зр. |
| Анализ крови на Групповую и резус принадлежность 10.06.2015г. | ВИЧ-отр, RW-отр, HBs-Ag отр.Группа крови - В (III) Rh+; Анти Rh-AT не обнаружены |
| 11.06.2015г. Операция «грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки по Мейо» | Под ЭТН разрезом окаймляющим пупок рассечена кожа, клетчатка. Выделен и вскрыт грыжевой мешок. Последний содержал прядь сальника. Сальник перфорирован, тусклого цвета. Сальник иссечен в пределах неизмененных тканей, гемостаз. Рана ушита послойно. Швы на кожу. |

ДНЕВНИК СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  Дни наблюдения/дата | 10.06.15г. 1 день  | 11.05.15г. 2 день | 12.06.15г. 3 день | 20.06.15г. 10 день |
| РЕЖИМ | Постельный  | Постельный  | Постельный  | Постельный  |
| ДИЕТА | 1 | 1 | 1 | 15 |
| ГИГИЕНА /самостоятельно; помощь/ | самостоятельно | Самостоятельно | Самостоятельно | самостоятельно |
| ЖАЛОБЫ | Боль в области пупка, тошнота | Боль в месте операции, тошнота, головокружение | Боль в месте операции, тошнота | нет |
| СОСТОЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА, РАНЫ |  |  |  |  |
| СОН | Нормальный | Нормальный | Нормальный | нормальный |
| АППЕТИТ | Нормальный | Снижен | Снижен | Нормальный |
| СТУЛ | Отсутствует  | Отсутствует  | Оформленный | Оформленный |
| МОЧЕИСПУСКАНИЕ | свободное | Свободное | Свободное | Свободное |
| СОЗНАНИЕ | Ясное | Ясное | Ясное | Ясное |
| НАСТРОЕНИЕ | угнетенное | Угнетенное | Угнетенное | Хорошее |
| ОБЪЕМ ДВИЖЕНИЙ | нормальный | Нормальный | Нормальный | Нормальный |
| КОЖА /цвет, чистая, сухая, сыпь, пролежни и пр./ | Розовая чистая | Розовая чистая | Розовая чистая | Розовая чистая |
| ПУЛЬС | 65 | 60 | 65 | 67 |
|  АД | 110/70 | 100/60 | 115/75 | 125/80 |
| ЧДД | 20 | 18 | 19 | 21 |
|  ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА /утро, вечер/ | У - 36.9/В - 36.8 | У - 36.7/В - 36.8 | У- 36.5/В - 36.6 | У - 36.6/В - 36.8 |
| ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВВЕДЕНИИ ЛЕКАРСТВ | нет | Нет | Нет | Нет |
| ПОСЕТИТЕЛИ | нету | жена | жена | жена |

КАРТА СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Сестринс диагноз | Цели | Планирование с/вмешательств | Мотивация | Реализация  | Оценка результата |
|  |  | краткоср | долгоср |  |  |  |  |
| 10.06. 15 | Боль в обл пупка | П-т отметит улучшен состоян к 11.06.15 | П-т отметит отсутствие боли к моменту выписки |  -создать комфортные условия в постели; -доступ свежего воздуха; -контролировать водный и пищевой режим; - осуществлять систематический контроль за АД, пульсом, ЧДД; -оказать психологическую поддержку. -по назначению врача:  | -для облегчения состояния -для облегчения состояния -контроль состояния -для облегчения состояния -для эффективности лечения | -1 раз -По необходимости - 2раза в день -По необходимости - 1р/день -по необход-сти баралгин в/в 10 мг | Краткосрочная цель достигнута к 11.06.15 Пискарева Долгосрочная цель достигнута к моменту выписки Пискарева |
| 10.06. 15 | Тошнота | П-т отметит улучшение состояния К 11.06.15 | П-т отметит отсутствие тошноты к моменту выписки | -постельный режим -доступ свежего воздуха -контроль АД, ЧДД, пульса -обильное питье -психический покой -по назначению врача: Церукал в/в 10 мг | -для облегчения состояния -для облегчения состояния -контроль состояния -для облегчения состояния -для облегчения состояния -для эффективности лечения  | -1 раз -по необходимости -2 раза в день -каждый час -1 раз -по необходимости -3-4 раза в день | Краткосрочная цель выполнена к 11.06.15 Пискарева Долгосрочная цель выполнена к моменту выписки Пискарева  |

РЕГИСТРАЦИЯ СЕСТРИНСКИХ ДЕЙСТВИЙ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата, время | Сестринские вмешательства | Реакция пациента | Подпись медсестры |
| 10.06.2015г. 9:00 | Динамическое наблюдение за состоянием пациента( ЧДД, пульс, t тела и т.д.) | Адекватная | Пискарева |
| 10.06.12015г. 9:15 | Измерение артериального давления, температуры тела | Адекватная | Пискарева |
| 10.06.15г. 9:20 | Баралгин в/м 5 мл | Адекватная | Пискарева |
| 10.06.15г. 9:30 | Церукал 1 т | Адекватная | Пискарева |
| 10.06.15г. 9:40 | Наблюдение за состоянием пациента после приема лекарственных средств | Адекватная | Пискарева |
| 10.06.15г. 21:00 | Очистительная клизма  | Адекватная | Пискарева |
| 11.06.15 7:40 | Бритье операционного поля  | Адекватная | Пискарева |
| 4.06.15 8:00 | В/м введение баралгина | Адекватная | Пискарева |
| 4.06.15г. 8:15 | Церукал 1т  | Адекватная | Пискарева |
| 4.06.15г. 8:20 | Наблюдение за пациентом после приема лекарственных средств | Адекватная | Пискарева |
| 4.06.15г. 18:00 | Измерение артериального давления, температуры тела | Адекватная | Пискарева |

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Комаров Евгений Александрович 20.01.1973 года рождения,

находился на госпитализации в хирургическом отделении

с «\_10\_»\_\_июня по «22» \_\_\_июня\_\_\_\_\_2015г.

с врачебным диагнозом \_\_\_пупочная гыжа

Проблемы при поступлении: Боль в обл пупка, тошнота

Проблемы, возникшие во время пребывания в стационаре: психологический дискомфорт

Оценка результатов ухода (какие цели достигнуты, какие нет, и почему)

Цели достигнуты. Пациенту была проведена удачная операция по удалению пупочной грыжи, боль и тошнота отсутствуют.

Проблемы на день выписки - страх осложнений болезни

Рекомендации пациенту при выписке

Соблюдать назначения врача, обеспечить себе психологический покой, избегать стрессовых ситуаций, избегать сильных физических нагрузок

Впечатления пациента о пребывании в стационаре: впечатления в среднем положительные, медицинский персонал доброжелателен, отношение к процедурам, как к неотъемлемой части лечения, впредь будет добросовестнее относиться к своему здоровью

Заключение

Целью данной курсовой работы было выявить особенности сестринского процесса при невоспалительных заболеваниях ОБП. И в качестве вывода я могу сказать о значение Сестринского Процесса в хирургической практике

а) Определяет конкретные потребности пациента в уходе как существующие на протяжении всего хирургического процесса, так и имеющие непосредственное отношение к предоперационному, операционному и послеоперационному периодам;

б) Способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов ухода. В хирургии приоритетными проблемами будут являться проблемы безопасности (операционной, инфекционной, социокультурной, психологической); проблемы, связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем (с обязательным изменением схемы тела ); проблемы, связанные с операционным стрессом и тревожностью; проблемы, связанные с сохранением достоинства.

в) Прогнозирует последствия ухода, определяя сроки, тактику и возможную степень восстановления после операции;

г) Определяет план действий медицинской сестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей конкретной хирургической патологии;

д) С его помощью оценивается эффективность проведенной сестрой работы, профессионализм сестринского вмешательства;

е) Гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать. Именно в хирургии наиболее значимо применение стандартов и алгоритмов Сестриского вмешательства.

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС используется для организации сестринской помощи (ухода), в результате чего пациент становится АКТИВНЫМ участником в индивидуализированном процессе собственного излечения.

Приложение

Рисунок 1

Рисунок 2