СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УЧЕНИЯ ОБ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

.1 Основная характеристика острого аппендицита

.2 Клинические проявления и основные принципы лечения острого аппендицита

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

.1 Характеристика хирургического отделения МБУЗ МО Ейский район «ЦРБ»

.2 Сестринское обследование пациентов с острым аппендицитом в хирургическом отделении

ГЛАВА III. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

ВВЕДЕНИЕ

Острый аппендицит - это острое воспалительное заболевание червеобразного отростка, возбудителем которого, как правило, является неспецифическая гнойная инфекция.

Являясь рудиментом слепой кишки, аппендикс все-таки выполняет ряд функций: секреторную - слизистая оболочка производит сок, который содержит слизь, следы ферментов амилазы, липазы; сократительную - слабо выраженная перистальтика обеспечивает его опорожнение; кроветворную - лимфопоетическую, иммунную, благодаря скоплению лимфоидной ткани.

Исторически сложившаяся установка о необходимости оперативного лечения острого аппендицита остается незыблемой. Аппендэктомия является самой частой экстренной операцией в хирургических стационарах. Достаточно сказать, что в нашей стране за год проводится около 1 млн. аппендэктомий и, хотя послеоперационная летальность составляет всего 0,1-0,2%, общее число умерших от этого, казалось бы, простого заболевания получается значительным.

Распространено мнение о том, что «типичная аппендэктомия» не представляет технических трудностей. Однако необходимо указать, что эта операция является весьма вариабельной в зависимости от многих обстоятельств. К ним следует отнести возраст, пол, состояние больного, расположение отростка, развитость подкожного жирового слоя и другие факторы. Особенности послеоперационного периода зависят от общего состояния больного до операции - состояния сердечно- сосудистой и легочной систем, степени интоксикации, наличия и распространенности воспаления брюшины, возраста больного, сопутствующих заболеваний. Основное значение в послеоперационном периоде имеют первые 3-5 сут после вмешательства. В настоящее время считается общепринятым активный метод ведения больных. Дыхательную гимнастику проводят с первых часов после операции, а вставать больным разрешают уже на 2-е сутки. В 1-е сутки после операции больным, кроме чая, ничего есть не разрешается, а на 2-е сутки назначают диету № 1а. На 6- 7-й день снимают швы с операционной раны и выписывают больного под амбулаторное наблюдение. Таким образом, лечение неосложненного острого аппендицита не вызывает затруднений ни у хирургов, ни у среднего медицинского персонала, но трудности неимоверно возрастают при развитии осложнений до операции, в раннем и позднем послеоперационном периодах.

К осложнениям острого аппендицита в дооперационном периоде относятся инфильтрат в подвздошной области, прободение червеобразного отростка с развитием перитонита. Ранними послеоперационными осложнениями являются кровотечения из брыжейки червеобразного отростка, несостоятельности его культи. К поздним послеоперационным осложнениям относятся развитие динамической и механической кишечной непроходимости, инфильтрата и нагноение послеоперационной раны, образование абсцессов в правой подвздошной области, межкишечных абсцессов, абсцессов поддиафрагмального и дугласова пространств, пилефлебит, тромбоэмболия легочной артерии.

Цель исследования: проанализировать особенности сестринского ухода за пациентами с острым аппендицитом

Задачи исследования:

.Изучить современный теоретический материал по данному заболеванию. сестринский уход аппендицит

.Провести исследование пациентов находящихся на лечении в хирургическом отделении №2 с острым аппендицитом.

.Рассмотреть особенности сестринского ухода за пациентами с острым аппендицитом.

Объект исследования: пациенты с острым аппендицитом в хирургическом отделении №2 МБУЗ МО Ейский район «ЦРБ».

Предмет исследования: сестринский уход за пациентами с острым аппендицитом.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников, приложения.

ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УЧЕНИЯ ОБ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

1.1 Основная характеристика острого аппендицита

Причины аппендицита многообразны. Воспаление червеобразного отростка связывают с бактериальной инфекцией, в частности с эшерихией коли, энтерококком, клостридиями, вирусами и другими микроорганизмами. Большое значение придают обструкции червеобразного отростка каловыми камнями, повреждающими его слизистую оболочку и вызывающими ишемию стенки.

Острый аппендицит формы:

Катаральный, или простой, аппендицит, при котором воспалительные явления ещё незначительны и захватывают в основном лишь слизистую оболочку отростка (отёк, гиперемия), а в брюшной полости может быть серозный выпот. Иногда наблюдается расширение сосудов серозной оболочки отростка. При простом аппендиците воспалительный процесс может либо стихнуть (в результате чего наступает выздоровление или переход в хроническое состояние), либо перейти в более тяжёлую форму.

Флегмонозный (гнойный) аппендицит, при котором в стенке отростка возникают различной величины гнойные очаги, сливающиеся между собою и захватывающие все слои стенки отростка, последний резко утолщён и напряжён (эрегирован), сильно гиперемирован, часто имеет багровый цвет, покрыт фибринозно-гнойным налётом, а в его просвете иногда находится гной (эмпиема отростка). Брюшина подвздошной области и сальник часто бывают гиперемированы и утолщены. В брюшной полости находится серозный мутный или гнойный выпот.

Гангренозный аппендицит, при котором в стенке отростка происходят процессы омертвения слизистой оболочки или всех слоёв стенки, захватывающие весь отросток или лишь часть его. Отросток имеет тёмную серо-зеленоватую окраску, дряблый, легко рвётся и издаёт гнилостный запах; в брюшной полости имеется выпот с каловым запахом. В воспалительный процесс вовлечены также брюшина подвздошной области и сальник.

При гнойном и особенно гангренозном аппендиците может произойти прободение стенки отростка с последующим поступлением инфицированного кишечного содержимого в брюшную полость. Это - прободной (перфоративный) аппендицит, весьма опасный последующим развитием перитонита и других гнойных осложнений.

Наличие той или иной из вышеописанных форм острого аппендицита можно точно определить в основном лишь при операции. Клиническое распознавание этих форм нередко весьма затруднительно. До тех пор, пока инфекционный процесс держится лишь в пределах стенки отростка, острый аппендицит не представляет ещё большой опасности. Угроза для жизни больного аппендицитом возникает тогда, когда инфекционный процесс распространяется за пределы отростка и в воспалительный процесс в той или иной степени вовлекается и брюшина.

Опыт показывает, что воспалительный процесс при остром аппендиците очень быстро распространяется с отростка на окружающую брюшину, в результате чего возникает либо местный, либо общий перитонит с нарушением кровообращения и тяжёлой интоксикацией организма.

Участие брюшины в воспалительном процессе сказывается в появлении в брюшной полости серозного, серо-фибринозного или гнойного выпота (экссудата). Благодаря выделению фибрина происходит склеивание воспалительно-изменённого отростка с прилагающими к нему органами, чаще всего со слепой, тонкой кишкой и сальником. Фибрин постепенно становится все более плотным и образует спайки, которые и способствуют отграничению воспалительного очага от всей остальной свободной брюшной полости, что предохраняет иногда от развития разлитого (общего) перитонита.

В результате выделения фибрина и образования спаек органы, окружающие воспалённый отросток, соединяются как бы в один конгломерат, получивший название аппендикулярного инфильтрата, в образовании которого главная роль принадлежит сальнику. Величина этого инфильтрата бывает различной: от 3 до 12 см в диаметре и больше; при пальпации он определяется обычно на 3-5-й день после начала острого приступа.

Дальнейшая судьба аппендикулярного инфильтрата может быть различной. В большинстве случаев он самопроизвольно или под влиянием лечебных процедур постепенно размягчается и рассасывается в течение 4-8 недель, в других же - нагнаивается и постепенно превращается в аппендикулярный абсцесс, который обычно располагается в правой подвздошной области и реже - в других отделах брюшной полости, где только может находиться воспалённый отросток. Эти абсцессы подлежат оперативному вмешательству, в противном случае они могут самопроизвольно вскрыться в брюшную полость и повести к развитию перитонита. Иногда эти абсцессы вскрываются в различные органы: толстую, тонкую или прямую кишку, мочевой пузырь, влагалище.

Симптомы острого аппендицита весьма разнообразны и зависят от многих факторов: от положения отростка, формы и степени воспалительного процесса в нем, от возраста больного, состояния больного, его чувствительности и многих других причин.

Приступ острого аппендицита обычно возникает внезапно и проявляется, прежде всего, нарастающими постоянными болями в животе. Иногда боли сразу появляются в правой подвздошной области. В других же случаях первоначально (в течение нескольких часов) боли могут локализоваться в подложечной области или в области пупка, что особенно часто наблюдается у детей и подростков. В подобных случаях боли, затем перемещаются в правую подвздошную область или в другую часть живота, где может быть расположен отросток (в правое подреберье, в поясничную область, над лобком).

Стенка червеобразного отростка содержит большое количество лимфоидной ткани. Не исключено, что под влиянием различных инфекций увеличиваются лимфоидные фолликулы, которые и вызывают закупорку отростка. Поэтому в патогенезе острого аппендицита большую роль играет изменение реактивности организма.

Воспалительный процесс в червеобразном отростке начинается с эпителиального дефекта (эрозии), лейкоцитарной инфильтрации, распространяющейся вглубь стенки отростка. На этой стадии возможно обратное развитие, то есть самовыздоровление. Но, как правило, воспалительный процесс прогрессирует и развивается флегмонозный, язвенно- флегмонозный и гангренозный аппендицит. В детском возрасте не редко развивается геморрагическое воспаление червеобразного отростка.

В 60 процентах случаев у людей с острым аппендицитом наблюдается окклюзия просвета аппендикса. Это состояние бывает вызвано гиперплазией лимфоидных фолликулов (в молодом возрасте), каловыми камнями (у 20-35 процентов больных), стенозом органа (в старшем возрасте), фиброзными тяжами. Гораздо реже причиной окклюзии являются чужеродные предметы, гельминты, опухоли. У пациентов с ВИЧ закрытие просвета аппендицита могут спровоцировать лимфогранулематоз, неходжкинская лимфома и ангиосаркома Капоши.

Благодаря тому, что при окклюзии продолжает выделяться слизь, в полости аппендикса, объем которого составляет всего 0,1-0,2 миллилитров, быстро нарастает давление содержимого. Стенки отростка растягиваются под давлением слизи, выпота и газов, поэтому нарушается сперва венозное, а потом и артериальное кровоснабжение.

При недостатке крови в стенках аппендикса здесь образуются комфортные условия для расселения патогенной флоры. Микроорганизмы вырабатывают массу токсинов, которые становятся причиной нарушения эпителиальной ткани отростка и образованием язв на слизистой. Данное явления носит название первичного аффекта Ашоффа. Бороться с деятельностью бактерий начинают клетки иммунной системы - лейкоциты, лимфоциты, макрофаги и другие. Они продуцируют противовоспалительные компоненты, интерлейкины, адгезивные молекулы и прочие медиаторы воспаления. Контактируя друг с другом, а также с клетками эпителиальной ткани, они ограничивают воспалительный очаг. В результате процесс не генерализируется, и организм не выдает общей реакции на существующую проблему.

Противовоспалительные интерлейкины выделяются в огромных количествах, что приводит к постепенному деструктивному процессу в стенке аппендикса. Если мускульный слой органа подвергается некрозу, в особенности при накоплении каловых камней, в половине случаев стенка аппендикса разрывается, начинается перитонит или периаппендикулярный абсцесс.

Наблюдаются и неокклюзионные виды аппендицита, причиной которых считается ишемия органа. Нарушение кровоснабжения развивается из-за диспропорций между потребностью аппендикса в артериальной крови и ее реальным поступлением при стриктуре сосудов или тромбозе в бассейне артерии аппендикса. При тромбозе сосудов, располагающихся в брыжейке аппендикса, развивается первичная гангрена органа.

Причиной острого аппендицита является проникновение в толщу стенки червеобразного отростка различных микробов: кишечной палочки, энтерококка, гноеродных и анаэробных микробов, то есть тех, которые обычно находятся в нормальном здоровом кишечнике человека. Причины проникновения инфекции в стенку отростка с последующим развитием там воспалительного процесса до сих пор еще неясны. По этому поводу имеется лишь ряд предположений или теорий. Нередко причиной становится местная аллергическая реакция. Она может выражаться в периодических спазмах и нарушении стенки отростка, ослабляет барьерную функцию слизистой. В результате патогенные микроорганизмы, содержащиеся в кишечнике, проникают в ткани органа и лимфу. В результате отекает слизистая кишечника, возрастает окклюзия аппендикса, начинается тромбоз сосудов, отвечающих за микроциркуляцию крови. На фоне нарушений кровоснабжения стенок отростка начинается гнойно-некротический процесс.

Как только воспаление полностью охватывает стенку аппендикса и проникает в серозную оболочку, оно переходит и на примыкающие к червеобразному отростку органы брюшной полости. Образуется серозный экссудат, который по мере того, как болезнь прогрессирует, превращается в гнойный.

На данной стадии аппендицита местная реакция организма на воспаление трансформируется в общую симптомами нарушения регуляции иммунной системы. Если гнойный выпот отграничивается от остальных участков отекшими органами, образуется абсцесс. В случае, когда воспалительный процесс распространяется по брюшной полости постепенно и отграничения пораженного воспалением аппендикса от других органов не происходит, начинается перитонит.

Если органы, которые участвуют в отграничении воспаления, вырабатывают преобладающую защитную реакцию, исчезновение фибрина из выпота провоцирует образование так называемого аппендикулярного инфильтрата. Это образование, состоящее из близко расположенных органов и тканей, примыкающих к аппендиксу и имеющих спайки друг с другом. Постепенно аппендикулярный инфильтрат рассасывается или трансформируется в абсцесс.

Гангрена аппендикса характеризуется тем, что некроз тканей органа распространяется на его брыжейку. Одним из наиболее редких, но чрезвычайно тяжелых осложнений аппендицита является пилефлебит. Данное заболевание встречается всего в 0,05 процентах случаев. Причиной данного недуга становится восходящий септический тромбофлебит, начинающийся в сосудах брыжейки и переходящий на сосуды илеоцекальной области и другие вены, питающие органы брюшной полости.

Острый аппендицит является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний и занимает первое место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-6 случаев на 1000 населения. В течение своей жизни 6% современных жителей планеты имеют шанс перенести это заболевание. Принимаю во внимание высокую частоту встречаемости и серьезную опасность острого аппендицита, при обследовании любого пациента с жалобами на боли в области живота врач в первую очередь должен исключить именно этот диагноз.

В зависимости от возраста и физиологического состояния пациента индивидуальных особенностей строения и локализации отростка, стадии заболеваний и распространенности воспалительного процесса, а также по целому ряду других причин, клиническая картина острого аппендицита имеет большое число различных вариантом, что в ряде случаев делает правильную и своевременную диагностику этого заболевания весьма затруднительной.

Все вышесказанное является одной из причин того, что летальность при остром аппендиците на протяжении последних 20 лет практически не изменилась, оставаясь в пределах 0.05-0.11%. диагностические ошибки при этом заболевании встречаются в 12-31% случаев. При выполнении аппендэктомии классическим способом часто в (10-15%) случаев, удаляется неизмененный отросток. Современные лапароскопические методики позволяют значительно снизить число подобных "необоснованных" аппендэктомий. Осложнения острого аппендицита отмечаются в среднем у 10% больных, частота их резко возрастает у детей и людей пожилого и старческого возраста и не имеет тенденции к снижению.

1.2 Клинические проявления и основные принципы лечения острого аппендицита

Клиника острого аппендицита в типичных случаях характеризуется болью сначала в эпигастральной, затем в правой подвздошной области. Интенсивность болей зависит от степени деструкции червеобразного отростка. При поверхностном воспалении боли могут быть не очень сильными и в течение нескольких дней прекращаются самостоятельно.

Температура тела и анализы крови в этом случае остаются нормальными. При переходе воспалительного процесса на париетальную брюшину (например, при деструктивной форме аппендицита) боль становится сильной, локализуется в правой подвздошной области, усиливается при кашле и резких движениях тела.

У половины больных появляются тошнота и рвота, как правило, отсутствует аппетит. Результаты объективного исследования зависят от времени, прошедшего после начала приступа и особенностей расположения отростка в брюшной полости. При пальпации живота характерна резистентность передней брюшной стенки, болезненность в проекции расположения воспалённого отростка.

В типичных случаях болезненность соответствует точке Мак-Бернея. Если червеобразный отросток находится позади слепой кишки или в малом тазе, то боль локализуется в боковых отделах живота или появляется при ректальном исследовании. В типичных случаях расположения отростка довольно рано появляются симптомы раздражения брюшины.

Температура тела обычно не повышается. Лихорадка выше 37,5°С характерна для перфоративного аппендицита. В этом случае появляется ригидность передней брюшной стенки, характерная для перитонита. В последнем случае появляется вздутие живота. Лабораторные исследования почти всегда подтверждают наличие воспалительного процесса: в анализе крови появляется лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

При расположении червеобразного отростка в малом тазе могут появляться дизурические явления, а в анализе мочи - лейкоциты и эритроциты.

К осложнениям аппендицита относится образование инфильтрата в брюшной полости. В случае перфорации отростка болезнь осложняется ограниченным или диффузным перитонитом, образованием абсцессов в брюшной полости, малом тазе или поддиафрагмальном пространстве.

Прогноз при остром аппендиците зависит от точности и своевременности диагностики. Типичная клиническая картина при остром аппендиците наблюдается в среднем у 50% больных. Перфорация отростка развивается у 25% людей старше 70 лет и у 70% детей в возрасте до 2 лет. Прогноз при перфоративном аппендиците всегда очень серьёзный.

Поэтому в сомнительных случаях предпочтительнее провести лапаротомию и установить точный диагноз во время операции.

В редких случаях после аппендэктомии остаются боли в правой подвздошной области, заставляющие обращаться к врачу. При обследовании обычно не выявляют какой-либо патологии, и болевой синдром объясняют «спаечным процессом». Более серьезные последствия связаны с послеоперационными гнойными осложнениями и релапаротомиями. У этих больных, как правило, развивается тяжелая спаечная болезнь брюшной полости с постоянными болями, нарушениями стула и эпизодическими приступами кишечной непроходимости.

Острый аппендицит-это заболевание, требующее экстренной операции.

Если картина болезни не вызывает сомнений, то необходимо выполнить операцию - аппендэктомию (удаление червеобразного отростка). Это единственный метод лечения аппендицита. Операцию при остром аппендиците выполняют под общим обезболиванием. Можно удалить аппендикс через лапаротомный доступ, когда выполняют классический разрез в правой подвздошной области, и лапароскопически через 3 небольших разреза. Последний метод предпочтительнее, поскольку реабилитационный (восстановительный) период после операции гораздо короче.

Таким образом, изучив научную литературу и проанализировав средства и способы ухода, приходим к выводу, что аппендицит является грозным заболеванием. Так как, занимает первое место среди острых хирургических патологий заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4-6 случаев на 1000 населения. В течение своей жизни 6% современных жителей планеты имеют шанс перенести это заболевание.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1Характеристика хирургического отделения МБУЗ МО Ейский район «ЦРБ»

Медицинское учреждение здравоохранения учреждено администрацией Ейска в лице комитета по управлению муниципальным имуществом. На учреждение возложены функции органа управления здравоохранением Ейска. Оно является некоммерческой организацией, находящейся в ведомственном подчинении департамента здравоохранения Краснодарского края. МБУЗ МО Ейский район «ЦРБ» имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, расчетный и инвестиционный счета, в том числе валютный, в банках, печать со своим наименованием, бланки, фирменное наименование. Оно вправе для достижения целей своей деятельности от своего имени приобретать имущественные и личные неимущественные права и нести обязанности, выступать истцом и ответчиком в суде и арбитражном суде в соответствии с законодательством Российской Федерации. Оно вправе создавать структурные подразделения.

Основными задачами учреждения являются:

обеспечение в необходимом объеме высококвалифицированной стационарной и амбулаторной медицинской помощью населения района и районного центра;

оперативное и организационно-методическое руководство, а также контроль за деятельностью всех учреждений здравоохранения, находящихся на территории района;

планирование, финансирование и организация материально-технического снабжения учреждений здравоохранения района; разработка и осуществление мероприятий по планомерному развитию сети медицинских учреждений;

разработка и осуществление мероприятий, направленных на повышение качества медицинского обслуживания населения района, снижение заболеваемости, инвалидности, больничной летальности, детской и общей смертности и состояние здоровья подростков;

своевременное и широкое внедрение в практику работы всех лечебно-профилактических учреждений района современных методов и средств профилактики, диагностики и лечения.

разработка, организация и осуществление мер по расстановке, рациональному использованию, повышению профессиональной квалификации и воспитанию медицинских кадров и другого персонала учреждений здравоохранения района.

Хирургическое отделение №2 находится на 2 этаже хирургического корпуса. Рассчитано на 60 коек. В палатах находится по 4 человека. 2 палаты рассчитаны на двоих пациентов. В палатах проводится ежедневная уборка, хорошее дневное освещение, имеется раковина. В отделении также имеется палата интенсивной терапии для послеоперационных больных. Перевязочная, процедурный кабинет, кабинет заведующего, ординаторская и кабинет старшей медицинской сестры. По штату положено 18 медицинских сестёр.

2.2Сестринское исследование пациентов с острым аппендицитом в хирургическом отделении

За время прохождения преддипломной практики, в хирургическом отделении №2 на лечении находилось 11 человек с острым аппендицитом.

%-пациенты от 20-35 лет; 20% - пациенты от 60 лет; 10%-дети до 15 лет. На момент исследования состояние больных было тяжёлое.

Им были проведены диагностические исследования, такие как: ультразвуковое исследование брюшной полости и сбор анализов.

Схема исследования пациентов с острым аппендицитом: 1.Выявление анамнеза: время, обстоятельства, клинические проявления. 2.Пальпация: определяется болезненность в правой подвздошной области (симптом Щеткина-Блюмберга, Ровзиига-Образцова, Ситковского и другие). 3.Клиническая оценка тяжести состояния пострадавшего, что имеет большое значение для диагностики, сортировки и оказания пострадавшим этапной помощи. 4.Состояние витальных функций: сердечно- сосудистая деятельность- пульс, артериальное давление; дыхание- нормальное, нарушенное, асфиксия; состояние кожных покровов- цвет, влажность. 5.Ультразвуковое исследование брюшной полости. 6.Постановка диагноза. В диагнозе отражаются: болезненность в правой подвздошной области.

Диагностика острого аппендицита, несмотря на бытующее мнение о легкости, достаточно сложна и требует профессиональных навыков. Острый аппендицит может возникнуть у любого человека независимо от пола и возраста, наиболее тяжело он протекает у грудных детей и пожилых людей. Аппендицит называют «обезьяной всех болезней», поскольку он может маскироваться под любую патологию в животе. Поэтому нередко так сложно поставить правильный диагноз. Очень похожи по симптомам на острый аппендицит следующие заболевания: почечная колика, холецистит, правосторонний, энтероколит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки <http://www.medicalj.ru/diseases/gastroenterology/633-jazva-zheludka-i-dvennadcatiperstnoj-kishki> (особенно при перфорации язвы, когда образуется отверстие в стенке желудка или кишки), ущемлённые паховая, бедренная и пупочная грыжи <http://www.medicalj.ru/diseases/gastroenterology/608-gryzha>, воспаление дивертикула Меккеля. У детей боли в животе могут наблюдаться и при инфекционных заболеваниях <http://www.medicalj.ru/diseases/infectious>.

На основе проведенного опроса у пациентов первые признаки заболевания: возникли поздно ночью или в утренние часы. При классическом течении заболевания первым его признаком будет боль <http://www.medicalj.ru/symtoms/abdomen/385-abdominal-pain>. У пациентов боль возникла, вокруг пупка, или по всему животу. Она имела нечёткий распирающий, тянущий характер. Через 3-4 часа боль сместилась в правую подвздошную область, где и осталась. На момент опроса боль была постоянной , усиливалась при ходьбе и в положении лёжа на левом боку.

Через пару часов после появления боли возникла тошнота <http://www.medicalj.ru/symtoms/abdomen/387-nausea> и рвота <http://www.medicalj.ru/symtoms/abdomen/148-vomit>. Рвота не обильная, часто однократная, не приносящая облегчения. Возникло кишечное расстройство: запор или наоборот жидкий стул.

Через 2-4 часа появилась лихорадка. При данной патологии чем выше температура, тем более выражено воспаление.

При внезапном появлении болей в животе на фоне полного благополучия нельзя принимать болеутоляющие средства, особенно такие сильные анальгетики, как нестероидные противовоспалительные средства. К ним относят анальгин и анальгинсодержащие препараты (баралгин и др.), кеторол, кетаноф, кеторолак, нимесулид, индометацин и др. Они могут смазать картину заболевания, что не даст врачу поставить правильный диагноз.

Недопустимо применение грелок, компрессов на живот - это только усилит воспаление. Нельзя при подозрении на острый аппендицит лечиться народными средствами или применять антибиотики. Последние тоже исказят клиническую картину болезни.

В стационаре пациенты сдали общий анализ крови и мочи, которые были готовы через 15-30 минут. После осмотра хирурга, больные прошли ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Девушки и женщины были направлены на консультацию к гинекологу для исключения заболевания придатков матки, детей осмотрел педиатр.

На данном этапе наиболее верный метод постановки диагноза - это осмотр хирурга, только он может заподозрить аппендицит. Остальные методы диагностики носят вспомогательный характер, даже УЗИ не всегда даёт возможность увидеть червеобразный отросток.

После обследования, если у врача сложилось подозрение на аппендицит, показана госпитализация в хирургическое отделение. Если картина заболевания нечёткая, могут оставить под наблюдение, а также выполнить лапароскопию. Лапароскопия - это метод диагностики, когда в области пупка под местным обезболиванием делается прокол и через него вводится в брюшную полость аппарат - лапароскоп, что даёт возможность визуально осмотреть червеобразный отросток.

Чтобы представить характер работы медсестры отделения экстренной хирургии, необходимо знать контингент пациентов.

Отделение экстренной хирургии является отделением оказания неотложной медицинской помощи. Хирургический профиль составляют пациенты с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

При изучении динамики количества прооперированных пациентов в хирургическом отделении установлено, что их число относительно стабильно, так как, за исследуемый период коечный фонд отделения не изменился. Доля пациентов, получивших оперативное лечение, составила около 73% в течение этого периода.

Из приведённых данных видно, что количество поступивших в стационар с 2011-по 2014 г больных-12591, количество выполненных экстренных оперативных вмешательств - 9186, из них аппендэктомия-2861. (приложение 1)

Профиль больных отделения экстренной хирургии различен, и зависит от диагноза пациента. Исходя из этого, складывается объем работы медсестры, которая принимает активное участие при поступлении больного в отделение и в подготовке к операции.

При изучении особенностей организации сестринской деятельности в предоперационном периоде важную роль играют также функциональные методы диагностики, которые на современном этапе обеспечивают быстроту и качество подготовки хирургических больных к экстренным операциям.

Как известно, от результатов чёткого, быстрого, правильного и качественного обследования хирургического больного зависит своевременность постановки верного диагноза, следовательно, и эффективность лечения.

Таким образом, диагноз острый аппендицит должен основываться на наличии следующих, наиболее важных и постоянных признаков: остро возникающие и усиливающиеся боли в правой подвздошной области, напряжение мышц брюшной стенки и симптом Щёткина-Блюмберга. Все остальные признаки могут служить лишь дополнением к этим основным признакам.

ГЛАВА III. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Острый аппендицит неотложная помощь - срочная госпитализация, независимо от времени, прошедшего от начала приступа. Применение анальгетиков, антибиотиков, слабительных и прием пищи запрещается.

Острый аппендицит транспортировка - в лежачем положении. До перевозки больной должен находиться в постели, на правую подвздошную область кладут пузырь со льдом.

В предоперационном периоде если острый аппендицит принимают за пищевую интоксикацию, то обычно назначают слабительные и клизмы, что причиняет при остром аппендиците большой вред, так как при нем необходима экстренная операция. При подозрении на пищевую интоксикацию и наличие поноса у больного среднему медработнику необходимо лично убедиться в этом, для чего самому осмотреть содержимое судна после дефекации. Это важно потому, что нередко сам больной или его родственники принимают за «понос» частые позывы на стул, выделение из заднего прохода слизи или частое отхождение газов.

Предоперационный период предусматривает 2 этапа: первый -диагностический, второй-подготовительный.

Подготовительный этап предусматривает: выбривание операционного поля, термометрия, премедикация по назначению врача. При необходимости, если больной поел или выпил жидкость, необходимо промывание желудка.

Данным пациентам лежавшим в хирургическом отделении с диагнозом острый аппендицит были проведены медицинские услуги такие как:

Премедикация по назначению врача.

Показания: медикаментозная подготовка больного к операции.

Приготовить: резиновые перчатки, 70 - 96% раствор этилового спирта, шприцы с иглами, стерильный перевязочный материал, стерильные лотки, ёмкости с дезинфицирующими растворами для использованного материала, наркотические анальгетики, десенсибилизирующие средства, М-холинолитики, транквилизаторы, снотворные, успокаивающие.

Последовательность действий:

Премедикация проводилась пациентам за 15-20 минут перед операцией:

Им предлагалось справить свои физиологические потребности.

Затем пациентам вводились лекарства, благотворно влияющие на ЦНС:

успокаивающие (0,005г адонис-брома внутрь);

снотворные (0,25г фенобарбитала внутрь);

транквилизаторы малые (0,005г внутрь,1мл 0,5% раствора реланиума, внутримышечно);

транквилизаторы большие или нейролептики (1 мл 2,5% раствора аминазина внутримышечно, 1мл 0,25% раствора дроперидола внутримышечно);

наркотические анальгетики (1мл 1% раствора морфина внутривенно, 1 мл 0,005% раствора фентанила);

десенсибилизирующие (1мл 1% раствора димедрола внутримышечно);

После премедикации пациенту запрещают вставать.

Подготовка операционного поля.

Операционное поле - это площадь кожи, которая будет подвергаться хирургическому вмешательству (рассечению) во время операции. Обязанности медицинской сестры в подготовке операционного поля сводятся к бритью волосяного покрова этого участка в день операции до приема больным лекарств и проведения инъекций. (Бритье волос операционного поля не производят накануне операции вечером, потому что возникшие при этом мелкие царапины могут к утру воспалиться, что сделает невозможным проведение операции.)

Перед разрезом кожи в день операции на операционном столе операционное поле будет, по крайней мере, трижды обработано 5-10 % спиртовой йодной настойкой, что значительно уменьшает вероятность развития инфекции не только после микротравм поверхностных слоев кожи бритвой, но и после ее рассечения на всю глубину.

Перед употреблением бритву нужно продезинфицировать в течение 5-10 минут в 3 % растворе карболовой кислоты или 2 % растворе хлорамина.

Брить надо, слегка натягивая кожу в противоположном ходу бритвы направлении. Прямое перемещение режущего края бритвы строго под прямым углом к направлению бритья целесообразно проводить по отношению к волосам «против шерсти». Предпочтительно сухое бритье, однако, при густой растительности волосы намыливают. Выбритое операционное поле обмывают кипяченой водой и протирают спиртом. Границы бритья должны превышать область кожи, которая будет обнажена после обкладывания операционного поля стерильными простынями.

При заполненном желудке после введения в наркоз содержимое из него может начать пассивно вытекать в пищевод, глотку и ротовую полость (регургитация), а оттуда с дыханием попасть в гортань, трахею и бронхиальное дерево (аспирация). Аспирация может вызвать асфиксию -закупорку воздухоносных путей, что при непринятии срочных мер приведет к гибели пациента, или тяжелейшее осложнение -аспирационную пневмонию. При экстренной операции времени на подготовку отводится мало. Если пациент утверждает, что последний раз он ел 6 и более часов назад, то при отсутствии некоторых заболеваний (острая кишечная непроходимость, перитонит и пр.), пищи в желудке не будет. Каких-либо специальных мер предпринимать не нужно. Если же пациент принимал пищу позднее, то перед операцией необходимо промыть желудок с помощью толстого желудочного зонда. Опорожнение кишечника. Перед экстренными операциями делать клизмы не нужно -на это нет времени, да и процедура эта тяжела для больных, находящихся в критическом состоянии. Выполнять же клизмы при экстренных операциях по поводу острых заболеваний органов брюшной полости противопоказано, так как повышение давления внутри кишки может привести к разрыву ее стенки, механическая прочность которой может быть снижена вследствие воспалительного процесса в животе.

Опорожнение мочевого пузыря. Опорожнить мочевой пузырь следует перед любой операцией. Для этого в подавляющем большинстве случаев больной перед операцией должен помочиться. Необходимость в катетеризации мочевого пузыря возникает редко. Это необходимо, если состояние больного тяжелое, он без сознания, или при выполнении особых видов оперативных вмешательств (операции на органах малого таза).

Транспортировка пациента в операционную.

Недопустимо перевозить пациента без подушки, с головой на весу. Надо помнить, что перед операцией больной переживает сильное эмоциональное напряжение, поэтому он должен постоянно чувствовать заботу и предупредительность медицинского персонала.

На операции больных доставляют на каталке в лежачем положении. Транспортировка пациента лежа объясняется необходимостью уберечь его от опасных реакций органов кровообращения на изменение положения тела, которые возможны после премедикации. Перевозят пациента плавно, с умеренной скоростью, без ударов каталкой о предметы в коридоре и двери.

Доставив пациента к операционному столу, медсестра помогает ему перейти на него, и укладывает на столе в соответствии с указаниями анестезиолога или хирурга, накрывает пациента стерильной простыней.

Медицинская сестра после проведения операции должна наблюдать: за внешним видом пациента: выражение лица (страдальческое, спокойное, бодрое); цвет кожных покровов (бледность, гиперемия, синюшность) и их температура при ощупывании.

Обязана регистрировать основные функциональные показатели: пульс, дыхание, артериальное давление, температуру тела, количество введенной и выделенной жидкости; отхождение газов, стула. Обо всех изменениях в состоянии пациента медсестра немедленно докладывает врачу.

Осуществляет уход за полостью рта, кожей больного, проводит гигиенические процедуры, кормит больного, выполняет все назначения врача.

В послеоперационном периоде в первую очередь, следует правильно вывести больного из состояния наркоза. В это время у пациента может возникнуть рвота. Во избежание проникновения рвотной жидкости в пути дыхания, нужно повернуть больного на здоровый бок. В период выхода из наркоза больного мучает сильная жажда. При отсутствии противопоказаний и приступов рвоты, пациенту разрешено давать кипяченую воду только после его выхода из наркотического состояния. Начальная доза жидкости составляет 2 - 3 чайные ложки, постепенно дозу увеличивают.

Основное значение в послеоперационном периоде имеют первые 3-5 сут после вмешательства. В настоящее время считается общепринятым активный метод ведения больных.

Дыхательную гимнастику проводят с первых часов после операции. Пациент медленно делает глубокий вдох через нос, выдох осуществляет медленно через слегка приоткрытый рот. Разрешаются небольшие покашливания, можно использовать резиновые надувные шарики, также выдыхать воздух в трубочку, опущенную в стакан с водой. Вставать больным разрешают уже на 2-е сутки.

Меню в послеоперационный период после удаления аппендицита должно выглядеть следующим образом: в первые сутки после операции больным, кроме чая, ничего есть, не разрешается, а во вторые сутки разрешается: кисло-молочная продукция и мясной бульон, с третьих суток: жидкая каша, овощное пюре, молоко, кисель, хлеб и масло; на четвертый день разрешается переходить на обычный рацион. Принимать пищу следует небольшими порциями с равными промежутками между приемами. Пища должна быть щадящей, следует воздержаться от острых, жирных, копченых, соленых продуктов, а также от алкогольных напитков.

В случае, если больному диагностирован острый аппендицит, послеоперационный период должен сопровождаться назначением двухдневного курса антибиотикотерапии. В некоторых случаях приступ бывает такой легкий, что больному вводят антибиотики только во время операции. После удаления источника поражения, необходимость в антибиотиках пропадает.

На 6- 7-й день снимают швы с операционной раны и выписывают больного под амбулаторное наблюдение.

В послеоперационном периоде нередко бывает задержка мочеиспускания в результате того, что большинство больных, не может мочиться лежа. Для устранения этого осложнения к промежности прикладывают грелку. Если позволяет состояние больного, то ему разрешают встать около кровати, пытаются вызвать рефлекс к мочеиспусканию, пуская струю из чайника. Внутривенно можно ввести 5-10мл 40% раствора уротропина или 5-10мл 5% раствора сернокислой магнезии. При отсутствии эффекта от этих мероприятий проводят катетеризацию мочевого пузыря со строгим соблюдением правил асептики и обязательным промыванием его после катетеризации раствором.

При метеоризме показано введение газоотводной трубки, а также внутривенное введение 100-150 мл 5% раствора поваренной соли, церукал внутримышечно. В ряде случаев может быть применена двусторонняя поясничная новокаиновая блокада. Клизму очистительную при задержке стула не следует применять ранее 5-6 дней после операции.

Послеоперационный период после удаления аппендицита, как у детей, так и у взрослых может быть осложнен образованием спаек, пневмонией, тромбофлебитом. В целях профилактики подобных осложнений на начальной стадии реабилитации больному рекомендуют курс лечебной физкультуры при исходном положении лежа на спине. Поочередное сгибание и разгибание ног в голеностопных суставах; попеременное сгибание и разгибание рук в кулак. Руки при этом согнуты в локтевых суставах; при слегка согнутых в коленных суставах ногах кисть одной руки находится в области послеоперационной раны на животе, а другой - на груди. На вдохе живот втянуть, а на выходе - выпятить; круговые движения рук в плечевых суставах вперед и назад; попеременное скользящее сгибание ног в коленном суставе.

В первое время после выписки из больницы больной должен соблюдать ограниченную подвижность действий. Не следует перенапрягаться, то есть запрещены чрезмерные физические нагрузки, поднятие тяжелых предметов, ведь все это может отрицательно сказаться на заживлении раны и продлить период выздоровления.

Таким образом, лечение неосложненного острого аппендицита не вызывает затруднений ни у хирургов, ни у среднего медицинского персонала, но трудности неимоверно возрастают при развитии осложнений до операции, в раннем и позднем послеоперационном периодах.

К осложнениям острого аппендицита в дооперационном периоде относятся инфильтрат в подвздошной области, прободение червеобразного отростка с развитием перитонита. Ранними послеоперационными осложнениями являются кровотечения из брыжейки червеобразного отростка, несостоятельности его культи. К поздним послеоперационным осложнениям относятся развитие динамической и механической кишечной непроходимости, инфильтрата и нагноение послеоперационной раны, образование абсцессов в правой подвздошной области, межкишечных абсцессов, абсцессов поддиафрагмального и дугласова пространств, пилефлебит, тромбоэмболия легочной артерии.

Перфорация - развивается обычно на 2-3 день от начала приступа при деструктивных формах аппендицита, характеризуется внезапным усилением боли, появлением выраженных перитонеальных симптомов, картиной местного перитонита, нарастанием лейкоцитоза. В некоторых случаях при наличии нерезких болей в раннем периоде момент перфорации указывается больными, как начало заболевания.

Аппендикулярный инфильтрат может образовываться уже на 3-4 сутки от начала заболевания. Он является следствием отграничения воспалительного процесса за счет большого сальника, петель тонкой кишки, кармано и складок париетальной брюшины, которые склеиваются между собой.

В центре инфильтрата располагается воспаленный червеобразный отросток. Вначале инфильтрат рыхлый, спаянные органы легко разъединить. Но через 2-3 дня после образования инфильтрат становится плотным и тогда разъединить его элементы без повреждения невозможно.

Клинические проявления аппендикулярного инфильтрата в начале заболевания те же, что и при остром аппендиците. Состояние больного, как правило удовлетворительное. В правой подвздошной области прощупывается больших размеров или меньших размеров, болезненное при пальпации образование с довольно четкими контурами. Нижний полюс образования иногда может быть доступен пальпации при пальцевом исследовании прямой кишки или вагинальном исследовании у женщин.

Живот в остальных местах умеренно вздут, мягкий, безболезненный. Температура повышена. Тахикардия, умеренный лейкоцитоз. Возможны два варианта течения аппендикулярного инфильтрата. Первый, благоприятно протекающий, завершается рассасыванием инфильтрата в течение 4-6 недель.

Второй неблагоприятный, вариант течения аппендикулярного инфильтрата связан с абсцедированием. Образование гнойника сопровождается ухудшением общего состояния пациента. Лихорадка приобретает гектический характер с большими суточными колебаниями, нарастает лейкоцитоз.

Инфильтрат увеличивается в размерах и становится более болезненными. через брюшную стенку иногда удается ощутить зыбление. Размягчение инфильтрата можно также определить при пальпации через стенку прямой кишки или правую стенку влагалища у женщин. Гнойник может прорваться в брюшную полость с развитием перитонита.

Иногда гной находит самостоятельный выход и опорожняется через слепую кишку, расплавляя ее стенку. При этом у больного отмечается жидкий зловонный стул, после чего резко снижается температура. Известны случаи прорыва гнойника в одну из прилежащих петель тонкой кишки или в мочевой пузырь.

Аппендикулярные абсцессы - развиваются в позднем периоде чаще являясь следствием нагноения аппендикулярного инфильтрата (до операции) или отграничение процесса при перитоните (чаще после операций). Развивается на 8-12 сутки после начала заболевания.

Общие признаки абсцедирования: ухудшение общего состояния, повышение температуры тела и ее гектический характер, иногда с ознобами, нарастание лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитарного индекса интоксикации.

При объективном исследовании отмечается пальпируемое в брюшной полости болезненное образование, умеренное напряжение мышц брюшной стенки, появляются симптомы раздражения брюшины. При осторожной пальпации обнаруживают инфильтрат с нечеткими границами, размеры которого постепенно увеличиваются.

Все они подлежат вскрытию, санации и дренированию по общим правилам хирургии.

Их вскрывают вне, или чрезбрюшинно кратчайшим путем над местом проекции абсцесса, проникая в полость его тупо и предупреждая попадание гноя в свободную брюшную полость. При обнаружении гангренозного отростка, последний удаляют. Чаще же червеобразный отросток расплавлен. Полость абсцесса дренируют.

Абсцессы брюшной полости аппендикулярного происхождения, помимо правой подвздошной ямки, могут локализоваться между петлями кишечника, в поддиафрагмальном пространстве и прямокишечно-маточном или прямокишечно-пузырном углублении (Дугласовом кармане), забрюшинно.

Для абсцесса Дугласова кармана характерны учащенный болезненный стул, иррадиация болей в промежность, прямую кишку, дизурические явления. При ректальном и влагалищном исследовании удается определить располагающийся кпереди от прямой кишки болезненный инфильтрат с участком размягчения. Распознавание абсцесса брюшной полости служит показанием к его неотложному вскрытию.

Абсцесс Дугласова кармана вскрывается через прямую кишку у мужчин и через задний свод влагалища - у женщин.

В случае перфорации забрюшинно расположенного отростка гной непосредственно проникает в забрюшинное пространство. При ретроцекальной позиции отростка и образовании периаппендикулярного абсцесса не исключается возможность расплавления заднего листка париетальной брюшины и перехода воспаления на забрюшинную клетчатку. Появление других забрюшинных абсцессов можно объяснить распространением инфекции из воспаленного отростка по лимфатическим путям к ретроперитонеальным узлам.

Характерные признаки забрюшинного гнойника: лихорадка, боли в пояснице и по ходу гребня подвздошной кости, а также контрактура в тазобедренном суставе. Оперативный доступ к вскрытию забрюшинных гнойников осуществляется разрезом по Пирогову или косым поясничным разрезом.

При ретроцекальном расположении отростка также могут наблюдаться псоас-абсцессы, паранефриты и забрюшинные флегмоны. При возникновении псоас-абсцессов обычно на фоне высокой лихорадки имеет место общее тяжелое состояние больного, высокий лейкоцитоз; в поздних стадиях характерно положение больного с подтянутой к животу и согнутой в коленном суставе ногой.

Более трудным для: распознавания и лечения являются гнойники поддиафрагмальной области. Диагностика поддиафагмальных гнойников затруднительна, особенно в начальных его формах и при малых размерах. Обычно после некоторого светлого промежутка после аппендэктомии вновь возникают симптомы гнойного очага. Боли ощущаются то в нижних отделах грудной клетки, то в верхнем квадранте живота. Иногда присоединяется болезненный сухой кашель, вызванный раздражением диафрагмального нерва. Затем боли сосредотачиваются в правом подреберье, особенно при глубоком вдохе, нередко отдают в правую лопатку и плечо. Иногда больная сторона грудной клетки отстает в дыхательных движениях. В более выраженных случаях имеется выпячивание подложечной области, сглаженность межреберий. В некоторых случаях возникает отек нижнего отдела грудной клетки. Живот остается мягким, редко определяется легкое напряжение в области правого подреберья. Печень, если и выступает из-под реберной дуги, не болезненна. Имеются высокая температура, ознобы, изменения крови, соответствующие острому гнойному процессу.

Перитониты аппендикулярного происхождения занимают первое место среди перитонитов различной этиологии и являются основной причиной смерти больных острым аппендицитом. Причинами таких перитонитов являются поздняя госпитализация, атипичность и стертость клинических проявлений острого аппендицита. Перитонит после аппендэктомии не дает бурной клинической картины, поэтому своевременная диагностика и лечение иногда запаздывают. В борьбе с послеоперационным перитонитом фактор времени имеет первостепенное значение для прогноза.

При этом в клинической картине перитонита самым постоянным является симптом боли. Боль, которая держится в животе дольше вторых-третьих суток после операции, всегда должна настораживать хирургов. Почти всегда встречается тошнота, рвота и отрыжка. А далее в зависимости от имунной реакции организма и вирулентности микрофлоры разыгрывается той или иной степени тяжести клиническая картина перитонита. Все же перитонит чаще прогрессирует в результате плохой санации брюшной полости и при недостаточном лечении уже имевшегося до операции перитонита, а также при прорезывании швов в инфильтрированной стенке слепой кишки, прошивании всех слоев стенки её, несостоятельности культи отростка и других технических дефектах.

Пилефлебит на втором месте среди непосредственных причин смерти при остром аппендиците, по данным многих авторов, стоит сепсис. Источником его служат гнойники и флегмоны, а также септические тромбозы крупных сосудистых стволов, осложнявшие деструктивный аппендицит.

Тяжелым осложнением острого аппендицита является пилефлебит - гнойный тромбофлебит вен портальной системы. Тромбофлебит начинается в венах червеобразного отростка и по подвздошно-ободочной вене распространяется на брыжеечную и воротную вены, а иногда образуются и абсцессы печени.

Общее состояние больных при пилефлебите всегда тяжелое. Больные жалуются на боли в животе, слабость, плохой сон, отсутствие аппетита. Боли возникают в правом подреберье, подложечной области, изредка они иррадиируют в спину, правое плечо. Лицо бледное, осунувшееся, с желтушной окраской, с запавшими глазами.

Самым постоянным симптомом пилефлебита являются потрясающие ознобы, с повышением температуры тела до 40°С, пульс частый, слабый. Дыхание затруднено. Живот малоболезненный, иногда вздут. Печень почти всегда увеличена, чувствительна при пальпации. Селезенка может быть увеличена. Лейкоцитоз высокий.

Лечение пилефлебита связано с большими трудностями и заключается в устранении либо рациональном дренировании первичного очага инфекции, реканализации пупочной вены с введением в нее антибиотиков резерва, кортикостероидов и антикоагулянтов, применением дезинтоксикационных средств. При образовании абсцессов в печени их обязательно вскрывают. Следует отметить, что абсцессы при пилефлебите, как правило, множественные и мелкие, что обусловливает трудности их хирургического лечения и плохой прогноз.

Осложнения со стороны операционной раны являются наиболее частыми, но сравнительно безопасными. Инфильтрат, нагноение раны, расхождение ее краев встречаются наиболее часто и напрямую связаны с глубиной деструктивных изменений в червеобразном отростке и способом зашивания кожи и подкожной клетчатки (глухой шов). Решающее значение в возникновении нагноения ран имеет занос патогенных микробов в рану во время операции. Помимо соблюдения асептики, имеют значение техника операции, щажение тканей во время её выполнения и общее состояние пациента. В случаях, когда можно ожидать нагноения раны следует накладывать редкие швы на кожу, не зашивать кожу и подкожную клетчатку, применяя при хорошем состоянии раны наложение в ближайшие дни первично отсроченных швов.

Профилактика острого аппендицита, как и многих других заболеваний желудочно-кишечного тракта, состоит в правильном и регулярном питании, в частности, без злоупотребления мясной пищей. Следует следить также за регулярной деятельностью кишечника. Важно помнить и то, что опасность аппендицита, то есть его осложнений, легко предупредить ранней операцией. Если во время приема больных или при профилактических осмотрах, которые в большом количестве проводятся среди нашего населения, у кого-либо будет обнаружен хронический аппендицит, то во избежание появления острых приступов следует рекомендовать своевременную операцию.

В ходе исследования было выяснено, что диагностирование острого аппендицита или подозрение на это заболевание является абсолютным показанием для экстренной госпитализации пациента в хирургическое отделение стационара. Лечением является проведение экстренной операции- аппендэктомия. Сестринский уход заключается в подготовке пациента к экстренной операции и очень внимательному ведению в послеоперационном периоде. Однако, не смотря на использование врачами число смертельных исходов от острого аппендицита и развития осложнений за последние годы, к сожалению, не уменьшилось. Известно, что их количество прямо пропорционально времени прошедшему от начала заболевания, до поступление пациента в стационар.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, острый аппендицит занимает видное место среди всех хирургических заболеваний. Около 96% операций выполняется по неотложным показаниям.

Медсестра должна быстро и качественно подготовить пациентов к экстренным операциям. От предоперационной подготовки больного зависит благоприятный или неудовлетворительный исход операции, а так же последующий послеоперационный период. Максимально правильно и грамотно проведенная медсестрой подготовка исключает возможность осложнений, подготавливает жизненно важные органы больного к оперативному вмешательству, создает благоприятный психологический фон, поднимает систему, а все эти факторы способствуют скорейшему выздоровлению больного.

В результате исследования были проведены анализ профиля пациентов, сравнительный анализ проведения функциональных методов диагностики, разработаны рекомендации начинающимся медицинским сестрам.

Опасность острого аппендицита зависит в основном от того, что воспалительный процесс весьма быстро (иногда даже в течение нескольких часов) может расплавить стенку отростка, вызвать прободение его с последующим поступлением инфицированного содержимого в брюшную полость. Вслед за этим сразу же развивается весьма опасный гнойный перитонит, а иногда образуются одиночные или множественные внутри или внебрюшинные гнойники.

Диагноз острый аппендицит должен основываться на наличии следующих, наиболее важных и постоянных признаков: остро возникающие и усиливающиеся боли в правой подвздошной области, напряжение мышц брюшной стенки и симптом Щёткина-Блюмберга. Все остальные признаки могут служить лишь дополнением к этим основным признакам.

Наличие той или иной форм острого аппендицита можно точно определить в основном лишь при операции. Клиническое распознавание этих форм нередко весьма затруднительно. До тех пор, пока инфекционный процесс держится лишь в пределах стенки отростка, острый аппендицит не представляет еще большой опасности. Угроза для жизни больного аппендицитом возникает тогда, когда инфекционный процесс распространяется за пределы отростка и в воспалительный процесс в той или иной степени вовлекается и брюшина.

Опыт показывает, что воспалительный процесс при остром аппендиците очень быстро распространяется с отростка на окружающую брюшину, в результате чего возникает либо местный, либо общий перитонит с нарушением кровообращения и тяжелой интоксикацией организма.

Профилактика острого аппендицита, как и многих других заболеваний желудочно-кишечного тракта, состоит в правильном и регулярном питании, в частности, без злоупотребления мясной пищей. Следует следить также за регулярной деятельностью кишечника. Важно помнить и то, что опасность аппендицита, т. е. его осложнений, легко предупредить ранней операцией. Если во время приема больных или при профилактических осмотрах, которые в большом количестве проводятся среди нашего населения, у кого-либо будет обнаружен хронический аппендицит, то во избежание появления острых приступов следует рекомендовать своевременную операцию.

Единственным способом профилактики перечисленных осложнений острого аппендицита служит раннее обращение к хирургу в течение первых 6-12 часов от начала болей!

Как говорил великий русский хирург и диагност Иван Иванович Греков: «Острый аппендицит не находят там, где о нем думают, и обнаруживают там, где о существовании его даже не подозревают». Поэтому заботьтесь о своем здоровье, не относитесь к нему халатно. Лучше переоценить серьезность ваших симптомов, чем поздно обратиться за медицинской помощью.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Арапов, Д. А. Аппендицит .Москва,2012.С.117-120.

Арсений А.К. Диагностика острого аппендицита. Кишинев, 2011.С. 174.

Багненко, С. Ф. Роль и место диагностической лапароскопии в лечении больных с острым аппендицитом. Минск,2012.С,105-115.

Богницкая Т. Н., Малюгина Т. А., Пахомова Г. В., Утешев Н.С. Острый аппендицит «Медицина» Москва,2013.С.176.

Бойко В.В., Пронина В.А., «Патология червеобразного отростка и аппендэктомия». Москва,2014.С.377.

Буценко, В. Н. Острый аппендицит .Клиническая хирургия. Москва,2011-№4.С.42-44.

Быстров С.А. Жуков Б.Н. Хирургия-Москва, 2010.С.324-327.

Возьмитина А.В., Усевич Т.Л.-Медсестра хирургического профиля. Ростов-на-Дону,2010.С.200-205.

Ворохобов Л. А., Ленюшкин И. А., Слуцкая С. Р. Острый аппендицит у детей. Москва,2013.С.55-60.

Гостищев В.К. Общая хирургия; Москва,2011.С.245.

Ковалёв А.И. Хирургия- Москва, 2013.С.463-470

Колёсов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита-Л. Медицина, Москва,2011.С.342.

Краснова А.Ф. «Сестринское дело» Самара, 2010.С.368.

Кузина М.И. Хирургические болезни. Москва,2013.С.335.

Лавренова Г.В., Лавренов В.К., Онипко В.Д. Соловьёва В.А., Медицинская энциклопедия по хирургии. Москва,2014.С.325-235.

Михайловича В.А., Мирошниченко А.Г. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. Санкт-Петербург,2011.С.255-262.

Мухина С.А., Тарновская И.И. «Атлас по манипуляционной технике сестринского ухода». Москва, 2011.С.21-22.

Островская И.В.Причины осложнений при остром аппендиците. //Медицинская сестра.-2011 №7.С.32-33.

Палеева Н.Р. «Справочник медицинской сестры по уходу» под редакцией академика РАМН. Москва, 2010.С.350-357.

Пахомова Г. В., Утешев Н. С., Острый аппендицит. Современные методы диагностики и лечения острого аппендицита и его осложнений. Санкт-Петербург,2010.С.168.

Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Санкт-Петербург,2012.С.605.

Стецюк В.Г. «Сестринское дело в хирургии». Москва,2012.С.420-430

Титова А.К. «Роль медицинской сестры в послеоперационном периоде».

Москва,2013.С.255-277.

Трунин М.А. Острый аппендицит-Ленинград,2011.С.310-315.

Фенчин К.М. «Острый аппендицит у пожилых и старых людей». Санкт-Петербург,2013.С.255

Черенько М.П.. Справочник по хирургии. Киев «Здоровье»,2013.С.145-147.

Яремчук Н.Г. «Осложнения острого аппендицита» Москва, 2013.С.215.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1



Рис. 1. Анализ прооперированных больных отделения экстренной хирургии за 2013-2014гг.