

## Содержание

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	3
<b>1. ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД</b> .....	4
<b>1.1 ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ</b> .....	4
<b>1.2 ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД</b> .....	8
<b>2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ</b> ....	10
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	14
Список литературы.....	15

## Введение

Актуальность моей темы заключается в том, что грыжи передней брюшной стенки - одно из самых распространенных заболеваний человека, они наблюдаются у 2-4% всего населения планеты. Возникновение грыж живота является сложным патологическим процессом, который происходит в результате взаимодействия целого ряда причинных факторов и патогенетических механизмов.

Грыжи передней брюшной стенки — это выпячивание внутренних органов через нарушенные слои брюшной стенки при сохранении целостности кожи. Основным условием возникновения грыж живота следует считать длительно существующее несоответствие между силой внутрибрюшного давления и сопротивлением ему определенных участков брюшной стенки.

Под влиянием часто повторяющегося значительного повышения внутрибрюшного давления в этих местах возникает растяжение тканей и образуются грыжевые ворота, происходит расслабление париетального листка брюшины и его выпячивание - соответственно расположению грыжевых ворот формируется воронка, которая с наружной стороны представляет выпячивание париетальной брюшины и в последующем преобразуется в грыжевой мешок - элемент наружной грыжи передней брюшной стенки.

Цель работы – сестринский уход при грыжах передней брюшной стенки.

В рамках поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- рассмотреть грыжи передней брюшной стенки;
- изучить послеоперационный период;
- охарактеризовать сестринский уход в послеоперационном периоде.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы.

## 1. Грыжи передней брюшной стенки и послеоперационный период

### 1.1 Грыжи передней брюшной стенки

Грыжа - это полное или частичное выходение органов брюшной полости без нарушенной целостности кожных покровов и выстилающей полости оболочки. Те места, через которые и происходит выпячивание органов, называются грыжевыми воротами. Строение брюшной стенки таково, что оно имеет несколько слабых мест, через которые и происходит выходение органов. Чаще всего это паховая область, но грыжи передней брюшной стенки также могут быть: бедренными, пупочными и диафрагмы.

Принцип образования грыж на брюшной стенке. В спокойном состоянии давление в животе (брюшной полости) лишь слегка колеблется, что позволяет нормально функционировать всем внутренним органам и системам организма. Но если на тело воздействует большая нагрузка (при тяжелой физической работе или при занятиях спортом), давление в полости живота резко увеличивается и возрастает нагрузка на стенки брюшной полости. Когда слабые места не выдерживают возникшего давления, то под кожу выходят внутренние органы вместе с брюшиной и образуется грыжевой мешок, а органы, которые выходят, называются грыжевым содержимым. Обычно грыжевой мешок содержит: петли тонкого и толстого кишечника, желудок, большой сальник, мочевой пузырь, червеобразный отросток, женские репродуктивные органы и прочее<sup>1</sup>.

Факторы, которые способствуют возникновению грыж:

- Резкое повышение давления из-за физической нагрузки;
- Плохое кровообращение в передней брюшной стенке вследствие операции или воспалительного заболеваний;
- Слабость мышц передней стенки живота;
- Сильный кашель (хронический);

<sup>1</sup> Буянов, В.М. Хирургия: Учебник для мед.училищ / В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко. - М.: Альянс, 2015. – С.54.

- Лишний вес;
- Беременность;
- Частые запоры с затрудненной дефекацией.

Грыжи классифицируются согласно того, где они образуются и какой носят характер:

- По месту локализации;
- Односторонние и двусторонние;
- Вправляемые и невправляемые;
- Ущемленные. Когда сосуды и нервы пережимаются грыжевыми воротами, затрудняя все процессы в грыжевом мешке. Такой вид грыж особо опасен, так как происходит отмирание органа, который находится в грыжевом мешке. Требуется оперативное вмешательство.

Виды:

- Паховые грыжи;
- Послеоперационные грыжи;
- Пупочные грыжи;
- Бедренные грыжи;
- Диафрагмальные грыжи.

Проявление заболевания. Грыжи передней брюшной стенки можно диагностировать визуально. Размер грыжевого выпячивания может быть незначительным, всего 1-2 см, но бывают и большие - от 20 см. Больной ощущает дискомфорт в области образования грыжи. В данном видео приведены рекомендации для людей с грыжей брюшной стенки: Грыжа может увеличиваться в размерах при нагрузках, даже если они будут незначительными, что затрудняет движения и мешает. Очень важен, особенно для людей в молодом возрасте, косметический эффект. Те люди, которые отказываются от медицинской помощи, вынуждены приспособливаться в повседневной жизни к ношению грыжи, что очень сложно<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Бибииков, Ю.Н. Общая хирургия: Учебное пособие / Ю.Н. Бибииков. - СПб.: Лань, 2014. – С.32.

Более тяжелая форма, когда ущемляется грыжевой мешок. Симптомы ущемления сопровождаются появлением боли и покраснением кожи в области ее образования. Иногда боль настолько сильная, что приводит к потере сознания. При попытках вправить грыжу на место, одно только прикосновение болезненное. Часто при ущемлении повышается температура, начинается рвота, вздутие и кишечная непроходимость. Общее состояние больного значительно ухудшается. При таких симптомах необходима медицинская помощь.

Часто возникающие осложнения. Самым опасным для жизни человека считается, когда грыжа передней брюшной стенки ущемляется. В группе риска находятся все люди, у которых диагностирована вентральная грыжа. Поэтому любое выпячивание передней брюшной области считается показанием к операции. Оптимальным лечением является плановое хирургическое вмешательство, пока самочувствие больного удовлетворительное и не произошло ущемление грыжевого мешка. Шансы положительного результата исхода такой операции значительно выше.

Другие осложнения, которые могут возникнуть:

- Флегмона грыжевого мешка. Возникает если не предпринимать мер после ущемления. Через несколько дней органы в грыжевом мешке начинают отмирать.
- Ошибочное ущемление грыжи. Может возникать при бедренном лимфадените, водянке яичка, перекручивании семенного канала, эпидидимите, фуникулите и воспалении аппендикса, который находится в грыжевом мешке.
- Невправимая грыжа. Образуется в результате срастания (спайки) грыжевого содержимого с грыжевым мешком.
- Воспалительные процессы в грыжевом мешке. Могут возникать по причине попадания болезнетворных бактерий или из-за воспаления органа, который находится в мешке

Диагностирование грыжи брюшной стенки, как правило, не вызывает затруднений у врачей. После осмотра выпячивания в области брюшной стенки ставят диагноз, но дополнительно пациента просят покашлять, чтобы исключить вероятность ее ущемления. При кашле грыжа становится немного больше. Ее размеры изменяются, если принять горизонтальное положение - она уменьшается, вертикальное - увеличивается. Очень редко требуется УЗИ.

Более сложно поставить диагноз, когда есть подозрения на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Чтобы подтвердить симптомы характеризующую грыжу назначают рентгенологическое исследование с применением бария и фиброгастродуоденоскопию. Если больной соглашается на операцию или она требуется в обязательном порядке, пациент должен пройти дополнительное обследование общего состояния здоровья: анализ крови и мочи, кардиограмму и тому подобное.

Противопоказания к проведению операции. Существует ряд ситуаций, при которых вентральные грыжи оперировать противопоказано. К таким больным относятся беременные женщины на последних месяцах беременности, пациенты с кожными заболеваниями в области грыжи (экзема, дерматит). Для людей, страдающих болезнью сердца или сахарным диабетом, отсечение грыжи противопоказано из-за применяемой анестезии во время операции. Очень часто при таких сопутствующих заболеваниях выбор делается на основании меньших угроз для жизни человека. Онкологические болезни не препятствуют проведению хирургической операции. Таким пациентам удаляют вентральную грыжу под общим наркозом, как и другим.

## 1.2 Послеоперационный период

После операции у 7% больных наблюдаются осложнения:

- повторное развитие грыжи;

- инфицирование раны;
- проблемы с мочеиспусканием.

Окончательное восстановление происходит через несколько месяцев. Очень важной составляющей послеоперационного периода является реабилитация для профилактики рецидива и осложнений.

Первое время пациенты используют бандаж. Рану изолируют стерильной повязкой, чтобы исключить трения. Начинают ходить на второй день после операции. Обязательно проходят курс антибиотиков, врачи назначают обезболивающие средства<sup>3</sup>.

Выписка происходит через 8-10 дней, когда начинается нормальное затягивание раны. Швы с обычными нитками снимают на десятый день.

Дома дважды в день делают перевязки из стерильной марли и лейкопластыря. Рану обрабатывают зеленкой. Принимать душ можно только через 2 недели. Для ускорения заживления назначают физиотерапевтические процедуры. Первые 2 месяца нельзя носить более 2 кг и напрягать брюшные мышцы. Занятия спортом откладывают на 3 месяца, в течение которого носят послеоперационный бандаж.

Важно следить за питанием. Оно должно быть щадящим и не вызывать проблемы с ЖКТ:

- кисломолочные продукты;
- легкие супы и каши;
- вареные яйца, мясо, рыба;
- обработанные овощи и фрукты.

Полностью исключают консервированные и острые блюда, выпечку. Принимают пищу 5 раз в день небольшими порциями. Мясные блюда лучше готовить на пару, остальное – варить.

Врожденную патологию предупредить невозможно. Однако существует ряд мер по профилактике ущемления. Они также относятся к предотвращению развития грыжи у здоровых людей:

<sup>3</sup> Буянов, В.М. Хирургия: Учебник для мед.училищ / В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко. - М.: Альянс, 2015. – С.320.

- контроль веса;
- много двигаться;
- правильное питание для исключения запоров;
- за тяжестями приседать, а не наклоняться;
- исключить воздействие никотина;
- своевременная диагностика.

Грыжа передней брюшной стенки не всегда сопровождается болью. Однако игнорирование проблемы приводит к ряду осложнений и летальному исходу. Этот вид патологии должен быть удален хирургическим путем.

Таким образом, операция по поводу грыж имеет характер реконструктивно-пластической, так как из старого материала создаётся новая полноценная стенка живота. При кажущейся простоте вмешательства, порой даже без проникновения внутрь брюшной полости, это сложная хирургическая технология, которой владеют далеко не все хирурги.

## 2. Сестринский уход в послеоперационном периоде

Важную роль в уходе за больным после ведения операции играет сестринский уход, который продолжается до выписки пациента из отделения.



Если его будет недостаточно или он выполняется плохо, это приводит к неблагоприятным исходам и удлинению восстановительного периода. Медсестра должна предотвращать любые осложнения, а при их возникновении – прикладывать усилия по устранению.

В задачи медицинской сестры по послеоперационному уходу за больными входят следующие обязанности: своевременный ввод лекарств; уход за пациентом; участие в кормлении; гигиенический уход за кожей и ротовой полостью; наблюдение за ухудшением состояния и оказание первой помощи.

Уже с момента поступления больного в палату интенсивной терапии медсестра начинает выполнять свои обязанности: проветривать палату; устранять яркий свет; располагать кровать для удобного подхода к пациенту; следить за постельным режимом пациента; проводить профилактику кашля и рвоты; следить за положением головы пациента; кормить<sup>4</sup>.

В зависимости от того, каково состояние после операции больного, выделяют этапы послеоперационных процессов: строгий постельный лежачий период – запрещено вставать и даже поворачиваться в постели, под запретом проведение любых манипуляций; постельный режим – под наблюдением медицинской сестры или специалиста ЛФК разрешено поворачиваться в постели, садиться, опускать ноги; палатный период – допускается сидеть на стуле, недолго ходить, но осмотр, кормление и мочеиспускание пока осуществляются в палате; общий режим – самостоятельное обслуживание пациентом себя, разрешена ходьба по коридору, кабинетам, прогулки в области больницы.

Постельный режим После того, как риск возникновения осложнений миновал, пациент переводятся из реанимации в палату, где он должен находиться в постели. Целями постельного режима являются: ограничение физической активизации, подвижности; адаптация организма к синдрому гипоксии; уменьшение боли; восстановление сил. Для постельного режима

<sup>4</sup> Бурковская, Ю. В. Руководители сестринского персонала – о стандартизации в области сестринского дела / Ю. В. Бурковская, Н. Н. Камынина // Медицинская сестра. - 2016. - № 2. - С. 45.

характерно использование функциональных кроватей, которые автоматически могут поддерживать положение пациента – на спине, животе, боку, полулежа, полусидя.

Медицинская сестра ухаживает за больным в этот период – меняет белье, помогает справиться физиологические потребности (мочеиспускание, дефекация) при их сложности, кормит и проводит гигиенические процедуры.

Соблюдение особой диеты. Постооперационный период характеризуется соблюдением особой диеты, которая зависит от объема и характера хирургического вмешательства: После операций на ЖКТ первые дни проводится энтеральное питание (через зонд), затем дается бульон, кисель, сухарики. При оперировании пищевода и желудка первая пища не должна поступать два дня через рот. Производят парентеральное питание – подкожное и внутривенное поступление через катетер глюкозы, кровезаменителей, делают питательные клизмы. Со второго дня могут даваться бульоны и кисели, на 4-й добавляют сухарики, на 6-й кашцеобразную пищу, с 10 общий стол. При отсутствии нарушений целостности органов пищеварения назначаются бульоны, протертые супы, кисели, печеные яблоки. После операций на толстой кишке создают условия, чтобы у больного не было стула в течение 4-5 суток. Питание с малым количеством клетчатки. При оперировании полости рта через нос вводят зонд, обеспечивающий поступление жидкой пищи. Начинать кормить больных можно через 6-8 часов после операции.

Рекомендации: соблюдать водно-солевой и белковый обмен, обеспечивать достаточное количество витаминов. Сбалансированный послеоперационный рацион пациентов состоит из 80-100 г белка, 80-100 г жира и 400-500 г углеводов ежедневно. Для кормления применяются энтеральные смеси, диетические мясные и овощные консервы.

После перевода больного в послеоперационную палату за ним начинается интенсивное наблюдение и по необходимости проводится

лечение осложнений. Последние устраняются антибиотиками, специальными лекарствами для поддержания прооперированного органа.

В задачи этого этапа входят: оценка физиологических показателей; прием пищи согласно назначению врача; соблюдение двигательного режима; ввод лекарств, инфузионная терапия; профилактика легочных осложнений; уход за ранами, сбор дренажа; лабораторные исследования и анализы крови.

Особенности послеоперационного периода. В зависимости от того, какие органы подверглись хирургическому вмешательству, зависят особенности ухода за больным в послеоперационном процессе: Органы брюшной полости – слежение за развитием бронхолегочных осложнений, парентеральное питание, предотвращение пареза ЖКТ. Желудок, 12-перстная, тонкая кишка – парентеральное питание первые двое суток, включение по 0,5 л жидкости на третий день. Аспирация желудочного содержимого первые 2 дня, зондирование по показаниям, съем швов на 7-8 сутки, выписка на 8-15 сутки. Желчный пузырь – специальная диета, удаление дренажей, разрешается сидеть на 15-20 сутки. Толстый кишечник – максимально щадящая диета со второго дня после операции, нет ограничений по приему жидкости, назначение вазелинового масла внутрь. Выписка – на 12-20 день. Поджелудочная железа – предотвращение развития острого панкреатита, наблюдение за уровнем амилазы в крови и моче. Органы грудной полости – самые тяжелые травматичные операции, грозящие нарушением кровотока, гипоксией, массивными трансфузиями. Для послеоперационного восстановления необходимо применение препаратов крови, активной аспирации, массажа грудной клетки. Сердце – почасовой диурез, антикоагулянтная терапия, дренирование полостей. Легкие, бронхи, трахея – послеоперационное предотвращение свищей, антибактериальная терапия, местное дренирование. Мочеполовая система – послеоперационное дренирование мочевых органов и тканей, коррекция объема крови, кислотно-щелочного равновесия, щадящее калорийное питание. Нейрохирургические операции – восстановление функций головного мозга, дыхательной

способности. Ортопедо-травматологические вмешательства – возмещение кровопотери, иммобилизация поврежденной части тела, дается лечебная физкультура. Зрение – 10-12 часов постельного периода, прогулки со следующего дня, регулярный прием антибиотиков после пересадки роговицы. У детей – послеоперационное снятие боли, устранение потери крови, поддержка терморегуляции<sup>5</sup>.

Для группы пациентов пожилого возраста послеоперационный уход в хирургии отличается следующими особенностями: возвышенное положение верхней части тела в постели; раннее поворачивание; послеоперационная дыхательная гимнастика; увлажненный кислород для дыхания; медленный капельный внутривенный ввод солевых растворов и крови; осторожные подкожные вливания из-за плохого рассасывания жидкости в тканях и для предупреждения давления и омертвления участков кожи; послеоперационные перевязки для контроля нагноения ран; назначение комплекса витаминов; уход за кожей во избежание образования пролежней на коже тела и конечностей.

## Заключение

---

<sup>5</sup> Лычев, В. Г. Тактика медицинской сестры при неотложных заболеваниях и состояниях: учеб. пособие / В. Г. Лычев, В. М. Савельев, В. К. Карманов. - 2-е изд. - Москва : ФОРУМ : ИНФРА-М, 2016. – С.221.

В заключении своей работы, хочу сказать что работа медицинской сестры входит в основу улучшения состояния здоровья в послеоперационном периоде передней брюшной стенки. Медсестра должна вести тщательный уход за пациентами, откликаться на их зов, помогать им в сложных для них ситуациях.

Хирургическое лечение грыж несмотря на длительную историю изучения и разработки методов оперативного лечения остается по-прежнему актуальной проблемой. Если летальность при плановом грыжесечении близка к нулю, то при осложнениях грыжи она остается достаточно высокой. Резервом уменьшения летальности, прежде всего, является с одной стороны, пропаганда планового грыжесечения до развития осложнений, фактически сразу после установления диагноза, с другой стороны, ранняя диагностика осложнений и как можно более раннее направление больного в хирургический стационар.

В медицинской практике грыжа передней брюшной стенки является распространенным заболеванием. Внутренние органы выходят из замкнутого пространства через ослабленные участки. Патология может не доставлять существенного дискомфорта, но последствия приводят к летальному исходу. Этот тип грыж подлежит обязательному удалению.

Под грыжевым выпячиванием понимают выход брюшины с внутренностями через дефект передней стенки. Строение брюшной стенки таково, что некоторые «слабые мест» могут стать грыжевыми воротами – это паховое кольцо и медиальная паховая яма. Со временем грыжевой мешок может опуститься в мошонку или большую половую губу.

## Список литературы

1. Бибииков, Ю.Н. Общая хирургия: Учебное пособие / Ю.Н. Бибииков. - СПб.: Лань, 2014. - 272 с.
2. Бисенков, Л.Н. Неотложная хирургия груди и живота: Руководство для врачей / Л.Н. Бисенков. - СПб.: СпецЛит, 2015. - 574 с.
3. Бурковская, Ю. В. Руководители сестринского персонала – о стандартизации в области сестринского дела / Ю. В. Бурковская, Н. Н. Камынина // Медицинская сестра. - 2016. - № 2. - С. 45-48.
4. Буянов, В.М. Хирургия: Учебник для мед.училищ / В.М. Буянов, Ю.А. Нестеренко. - М.: Альянс, 2015. - 624 с.
5. Карягина, М. А. Особенности работы медицинской сестры – анестезиста в палате пробуждения / М. А. Карягина // Медсестра. - 2016. - № 8. - С. 52-57.
6. Кулешова, Л. И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии: учебник / Л. И. Кулешова, Е. В. Пустоветова ; под общ. ред. В. В. Морозова. - Изд. 6-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2015. - 734 с.
7. Лычев, В. Г. Тактика медицинской сестры при неотложных заболеваниях и состояниях: учеб. пособие / В. Г. Лычев, В. М. Савельев, В. К. Карманов. - 2-е изд. - Москва : ФОРУМ : ИНФРА-М, 2016. - 352 с.