

Догляд за хворими із захворюваннями та ушкодженнями органів черевної порожнини

Лекція-презентація
для студентів IV курсу
Сестринська справа

Вузлові питання лекції

1. Безпосереднє обстеження хворих з хірургічними захворюваннями живота. Основні спеціальні та інструментальні дослідження: езофагогастроскопія, ультразвук, рентгеноскопія, лапароскопія.
2. Аномалії розвитку черевної стінки, пупка та внутрішніх органів.
3. Черевна грижа. Класифікація, клінічні ознаки, принципи лікування.
4. Хірургічні захворювання шлунка, дванадцятипалої кишки, прямої кишки, жовчного міхура, підшлункової залози. Клінічні ознаки цих захворювань і принципи лікування.

Обстеження хворих з хірургічними захворюваннями живота

Огляд	Язик стає сухим або сухий, як “щітка”, вкривається нальотом	
	Живіт. Звертають увагу на форму, величину, старанно оглядають шкіру і ділянки можливих локалізацій зовнішніх гриж, наявність розширених вен, петехії, крововиливи. Живіт може бути рівномірно здутим, напружений, втягнутий. Передня черевна стінка не бере участі в акті дихання.	
Пальпація	Виявляють локалізацію найбільшої болючості в животі	<i>симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний</i>
Перкусія	Перкусія живота дає змогу виявити пневмоперитонеум, здуття кишок (метеоризм), випіт, наявність крові, шлунково-кишковий вміст при перфораціях і розривах порожнистих органів.	
Аускультация	Можна почути кишкову перистальтику. Вона може бути посиленою, з металічним відтінком у хворих із механічною формою гострої непрохідності кишок, або різко послабленою - при парезі кишок.	
Дослідження прямої кишки	В оцінці стану шлунково-кишкового тракту важливе значення має дослідження прямої кишки , яке дає можливість визначити різні запальні процеси у малому тазі, пухлини прямої кишки та ін.	

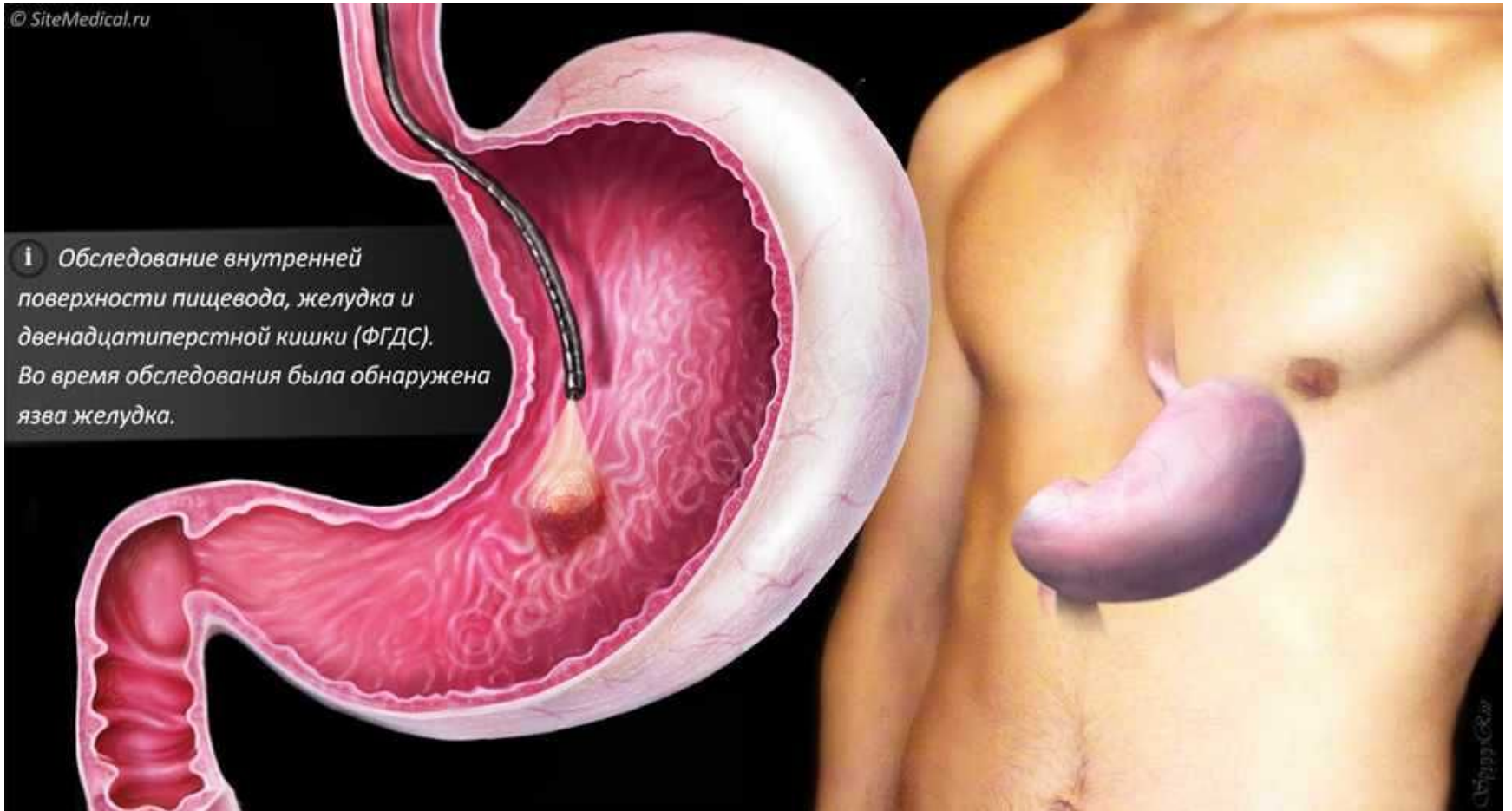
Додаткові методи обстеження

Лабораторні дослідження	ЗАК, ЗАС, аналіз крові на цукор гематокрит, кількість тромбоцитів, швидкість кровотечі та час згортання крові, <i>групу крові і резус-фактор</i>
Біопсія	Прижиттєве взяття певних ділянок тканин для гістологічного дослідження.
Інструментальні дослідження	Термометрія та вимірювання артеріального тиску, часто визначають температуру у прямій кишці
Рентгенологічне обстеження	рентгенографія, пошарову томографію, комп'ютерну томографію
Ендоскопія	ректороманоскопія, колоноскопія, лапароскопія, ФГДС
Радіоізотопне дослідження.	введенні радіоактивних ізотопів, результат фіксують за допомогою спеціального апарата-індикатора - радіоізотопного сканера.
Ультразвукове дослідження.	Ультразвукове дослідження не шкідливе і за своєю інформативністю перевищує рентгенологічне
МРТ	Резонансного магнітного випромінювання, яке виникає в органі або в тканинах під дією спрямованого потужного електромагнітного випромінювання. Інформація фіксується і обробляється на комп'ютері. Метод дозволяє визначити форму, розміри, наявність патологічних утворів

ЕФГДС

© SiteMedical.ru

1 *Обследование внутренней поверхности пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (ФГДС). Во время обследования была обнаружена язва желудка.*



Езофагогастродуоденоскоп



УЗД органів черевної порожнини

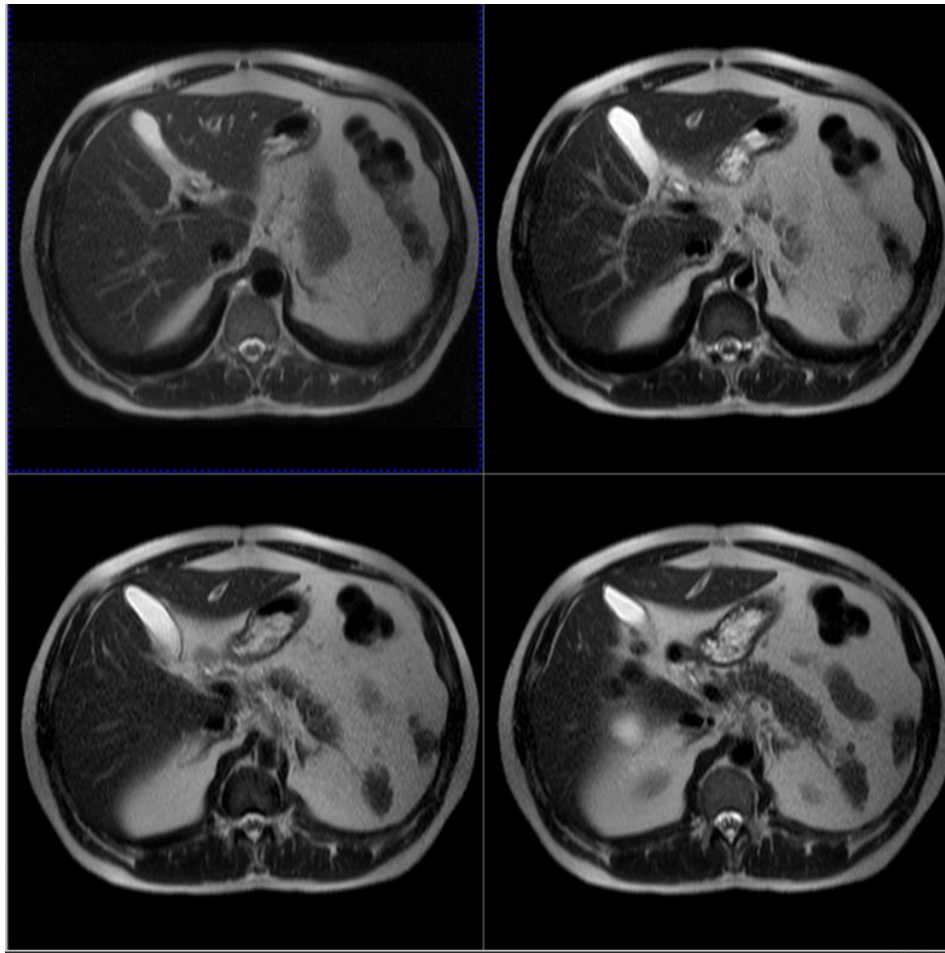


Радіоізотопне дослідження

введенні радіоактивних ізотопів, результат фіксують за допомогою спеціального апарата-індикатора - радіоізотопного сканера.



МРТ - Резонансне магнітне випромінювання, яке виникає в органі або в тканинах під дією спрямованого потужного електромагнітного випромінювання. Інформація фіксується і обробляється на комп'ютері. Метод дозволяє визначити форму, розміри, наявність патологічних утворів



Лапароскопія



II. Аномалії розвитку черевної стінки, пупка та внутрішніх органів.

Атрезії кишок – зрощення або відсутність сегмента кишки.

Пілоростеноз – природжене звуження пілорічного відділу шлунка (воротаря).

На 2-3тиждень після народження у дітей з'являється блювання «фонтаном» (через 10-15 хвилин після їжі). Кількість блювотних мас перевищує кількість молока, отриманого дитиною при годуванні. Швидко розвивається втрата ваги, зневоднення. При огляді живота перистальтика зберігається у вигляді пісочного годинника. Діагноз підтверджується рентгенологічним дослідженням.

Лікування оперативне – лапаротомія і розріз м'язового шару воротаря до слизової оболонки.

Хвороба Гіршпрунга – природжене розширення та потовщення стінок товстої кишки

Вроджені грижі. 90% усіх гриж у дітей виникає вроджена пахова грижа внаслідок порушень опускання яєчка в калитку під час ембріонального розвитку хлопчиків . Крім зустрічаються пупкові грижі.

III. Черевна грижа. Класифікація, клінічні ознаки, принципи лікування.

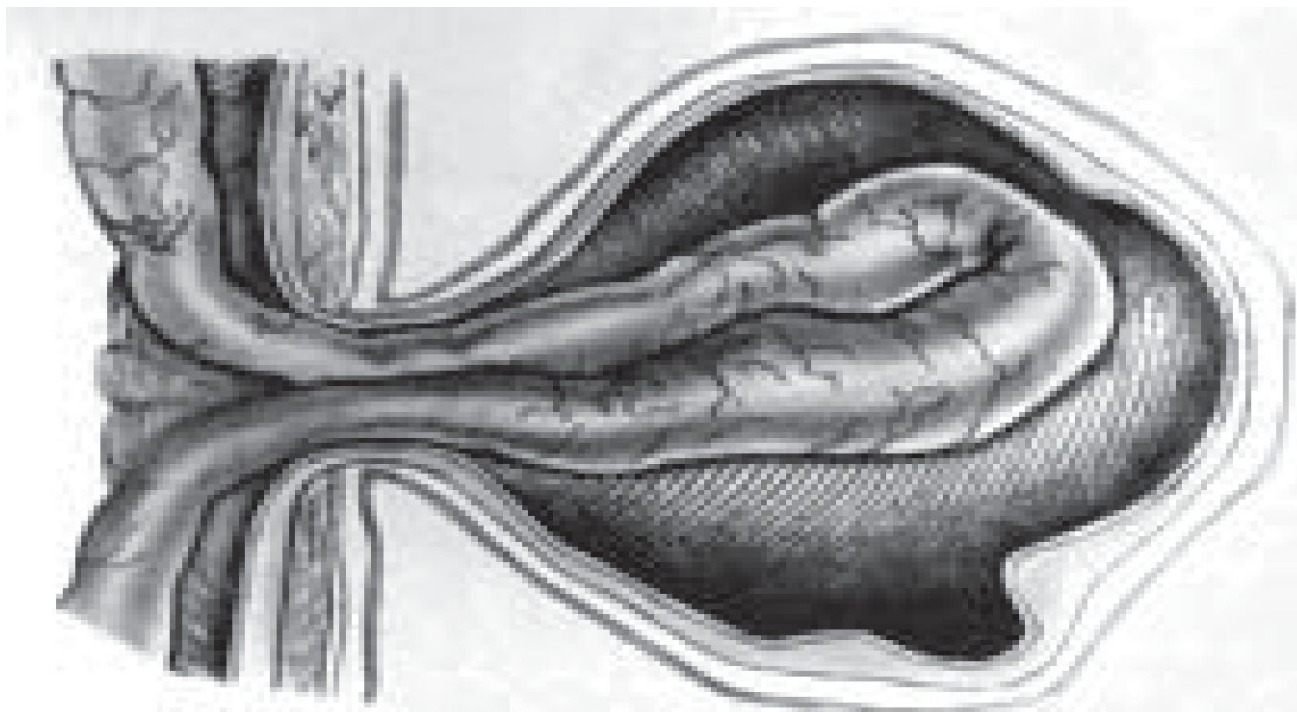
Грижі - часті захворювання живота, якими страждає 3-4 % всього населення, переважно у віці 30-40 років; являють собою небезпеку для життя із-за можливого розвитку ускладнень (защемлення, запалення).

Грижа - це випинання органів черевної порожнини через природні отвори або набуті дефекти черевної стінки.

Класифікація гриж

1. вроджені; набуті;
2. зовнішні (пахові, стегнові, пупкові і ін.); - внутрішні, при яких нутрощі потрапляють в очеревинний мішок;
3. вправні; невправні;
4. защемлені, незащемлені.
5. пахові грижі (75 %), стегнові (8-10 %), пупкові (4-5 %), післяопераційні (10-12 %), інші грижі (1-2)

Защемлена грижа



Грижі складаються з таких частин:

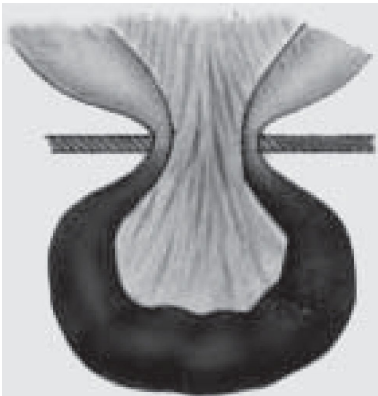
- 1. Грижових воріт** - вроджених або набутих отворів у м'язово-апоневротичному шарі черевної стінки.
- 2. Грижового мішка**, що являє собою кишеню з парієтального листка очеревини і складається з шийки, тіла і дна. Величина мішка залежить від розмірів воріт, локалізації та тривалості грижі.
- 3. Грижового вмісту** - будь-який орган черевної порожнини (крім підшлункової залоз, частіше всього вмістом його є великий сальник, петлі тонкої і товстої кишок).

	Незащемлена грижа	Защемлена грижа
Чинники	Випинання органів черевної порожнини через природні отвори набуті дефекти черевної стінки.	Це раптовий вихід і стиснення органів черевної порожнини в ділянці вузьких воріт або шийки грижового мішка.
Клініка	З'являється пухлино подібний утвір округлої форми еластичної консистенції безболісний чи болісний при пальпації. Біль з'являється після фізичного навантаження, кашлю, супроводжується проносами або закрепамми. Якщо вміст грижового мішка вільно вправляється в черевну порожнину, то таку грижу називають вправною	У разі еластичного защемлення виникає раптовий біль у ділянці випинання, збільшення об'єму і напруження грижі, неможливість вправлення. Калове защемлення виникає поступово, випинання менш болюче, загальний стан погіршується з часом. Розвивається клінічна картина гострого ї кишкової непрохідності
Об'єктивні	При наявності у грижовому мішку кишечника, можна при аускультатії прослухати перистальтику, а при перкусії - тимпаніт.	
Симптом «кашльового поштовху»	Позитивний. При накладанні долоні на грижове випинання і покашлюванні – кашльовий поштовх передається на долонну поверхню руки .	Негативний. При накладанні долоні на грижове випинання і покашлюванні – кашльовий поштовх не передається на долонну поверхню руки.
Лікування	Планове хірургічне втручання – грижосічення Бандажі використовують у хворих з грижами, якщо їм протипоказана операція і після операцій. Хворий надягає бандаж лежачі, носить його на протязі дня, а перед сном знімає. Диспансерний нагляд	Термінова операція

Види защемлення

1 Еластичне Калове. Змішане.

2.Ущемление кишкової петлі. Ретроградне (грижа Майдле). Пристінкове (грижа Ріхтера)

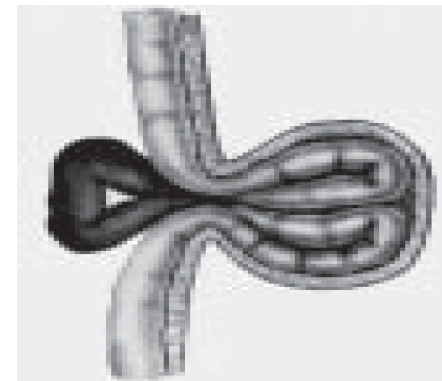


Защемлена грижа



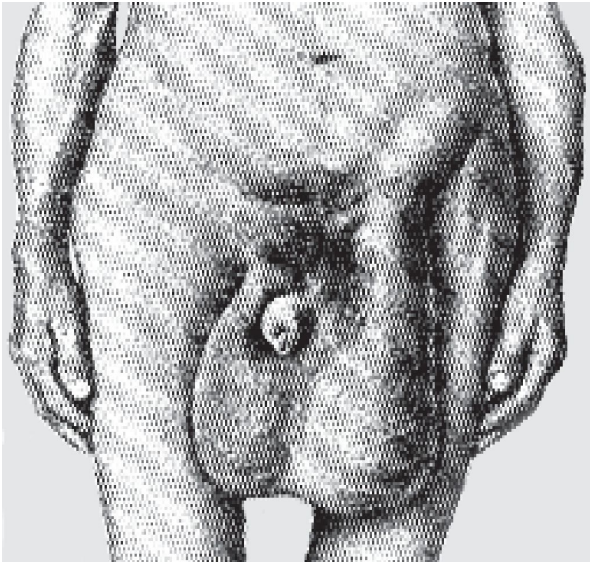
Пристінкове защемлення

(грижа Ріхтера)



Грижа Майдля

Коса та пряма пахові грижа. Вроджена грижа

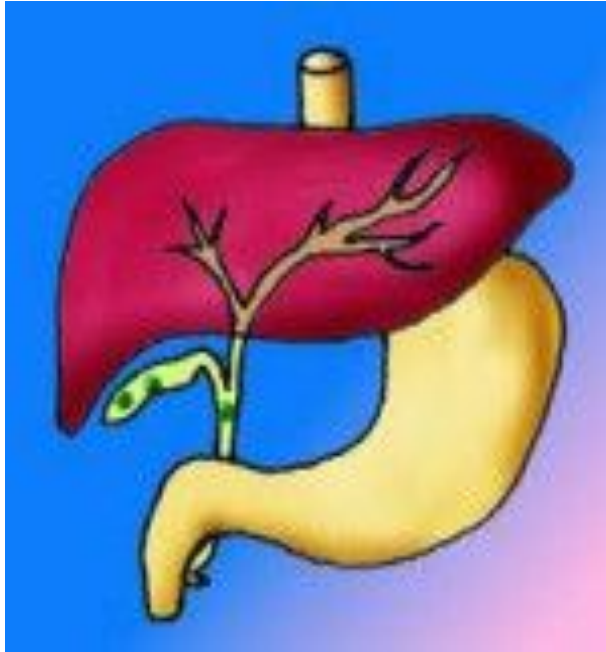


Пупкова та післяопераційна вентральна грижі



<p>Холецистит - це запалення жовчного міхура. За поширенням посідає друге місце після гострого апендициту, жінки хворіють у 3-5 разів частіше за чоловіків.</p>	
Чинники	<ul style="list-style-type: none"> - анатомічно-функціональна і спадкова схильність; - вроджені порушення розвитку жовчних проток; - наявність інфекції в жовчних шляхах; - порушення обміну речовин в організмі.
Класифікація холециститу	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гострий: 2. Хронічний.
Клініка	<p>Запалення жовчного міхура, що набуло тривалого хронічного перебігу. Основною клінічною ознакою є ниючий біль у правому міжребір'ї, що іррадіює в праву надключичну ділянку, плече, лопатку. Вживання жирної їжі нерідко викликає загострення процесу і напад кольки подібного болю.</p>
Методи діагностики.	<p>Основні методи діагностики: УЗИ (у 90-95% хворих виявляють конкременти, збільшений жовчний міхур; оглядова рентгенограма.</p> <p>При лабораторному дослідженні в загальному аналізі крові виявляють лейкоцитоз, зменшення кількості еритроцитів, підвищену Ш.О.Є. При біохімічному дослідженні крові може бути збільшений білірубін.</p>
Принципи лікування.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Госпіталізація в хірургічне відділення. Постільний режим, холод місцево, голодування. 2. Для знеболювання застосовують: <ul style="list-style-type: none"> - анальгетики – анальгін, баралгін, промедол; - спазмолітики – атропін, еуфілін, платифілін, папаверин; - антигістамінні препарати: димедрол, супрастин. 3. Протизапальна терапія: антибіотики, сульфаніламід, кортикостероїди. 4. Дезінтоксикаційна терапія – глюкоза + інсулін, розчин Рінгера, вітаміни групи В, вітамін Е, форсований діурез. 5. Оперативне лікування проводять при деструктивній і ускладненій формах холециститу: лапаротомічна або лапароскопічна холецистектомія.

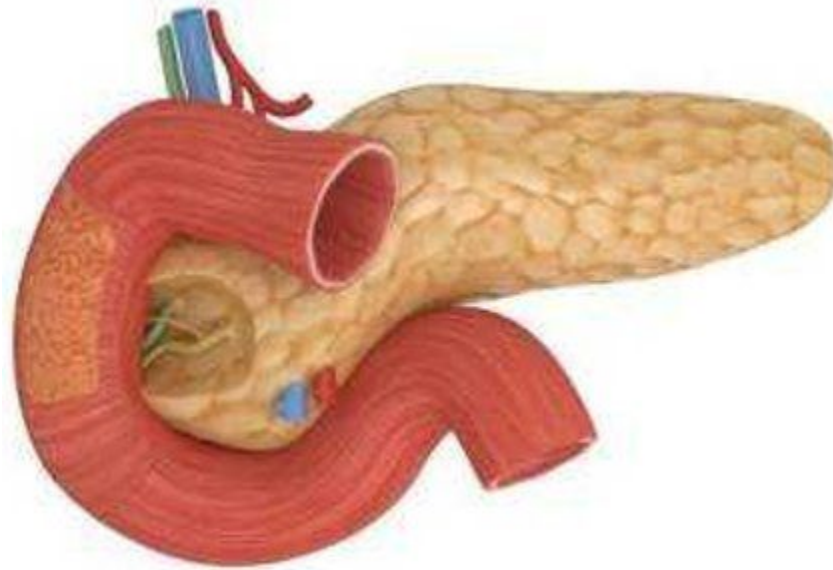
Холецистит - це запалення жовчного міхура. За поширенням посідає друге місце після гострого апендициту, жінки хворіють у 3-5 разів частіше за чоловіків.



Панкреатит – це запалення підшлункової залози, яке супроводжується актива -цією її ферментів з подальшим само перетравлення тканини.

Чинники	<ul style="list-style-type: none">- особливості анатомічної будови залози;- зловживання алкоголем, жирною та гострою їжею;- захворювання жовчних шляхів;- інфікування проток і тканини залози;- травми підшлункової залози;- автоімунні процеси в організмі.
Класифікація	1. Гострий. 2. Хронічний.
Клініка	Приблизно у 70% хворих хронічний панкреатит є продовженням гострого процесу в залозі. Основними ознаками є тупий, ниючий, а інколи ріжучій біль в епігастрії з іррадіацією в поперек. Біль посилюється при порушенні дієти. Часто виникає нудота, блювання, відчуття тяжкості в епігастрії. С часом хворі втрачають вагу.
Діагностика панкреатиту.	<ol style="list-style-type: none">1.Лабораторне дослідження - кров на амілазу, сеча на діастазу2. УЗД підшлункової залози3. Комп'ютерна томографія4. Сцинтиграфія5. Пункційна біопсія
Принципи лікування.	Госпіталізація хворого. Консервативне лікування: <ul style="list-style-type: none">- спокій, голодування 4-5 днів, місцево холод для пригнічення функції залози, боротьба з болем:- анальгетики, спазмолітики;- усунення ферментної токсемії: трасилол, контрикал;- дезінтоксикаційна терапія;- антибіотикотерапія;- десенсибілізувальна терапія.

Підшлункова залоза



Чинники панкреатиту



Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки (ВХ) - це хронічне з полі циклічним перебігом захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки, основним проявом якого є виразка. Зустрічається у людей різного віку, але частіше у 30-40 років, чоловіки хворіють у 6-7 разів частіше, ніж жінки.

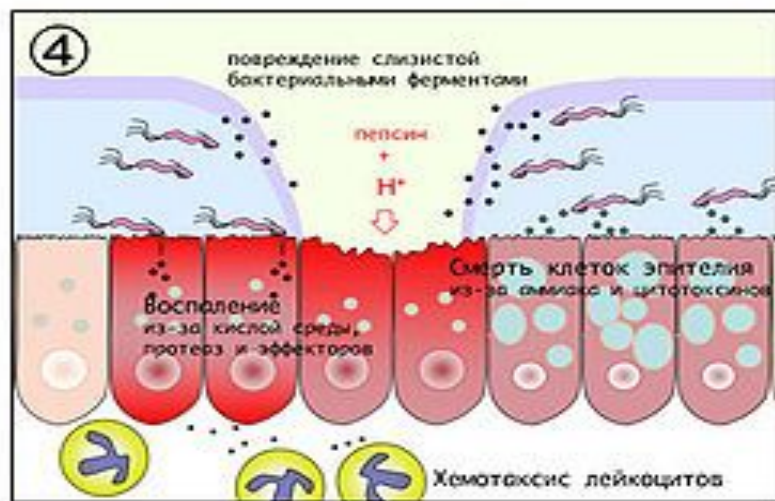
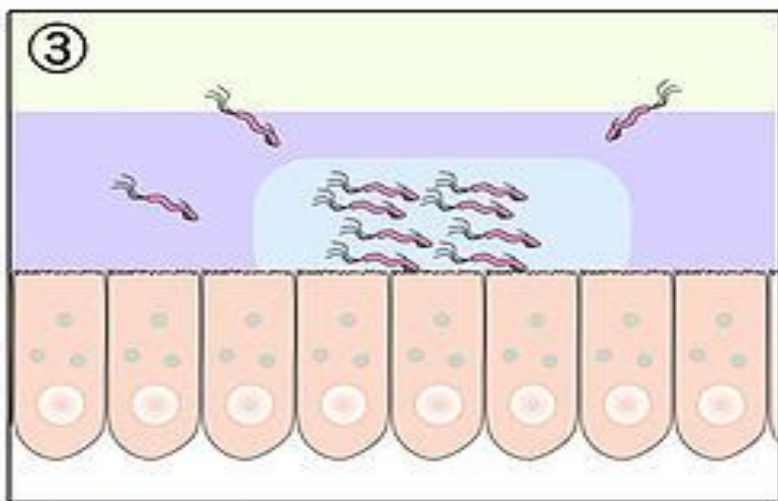
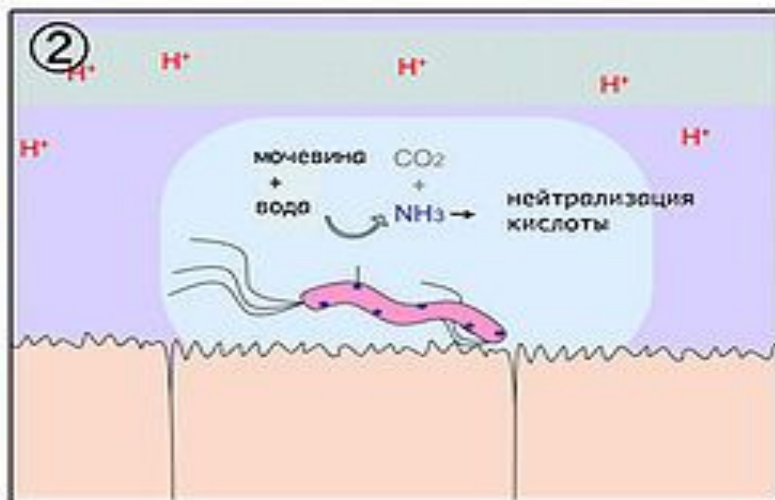
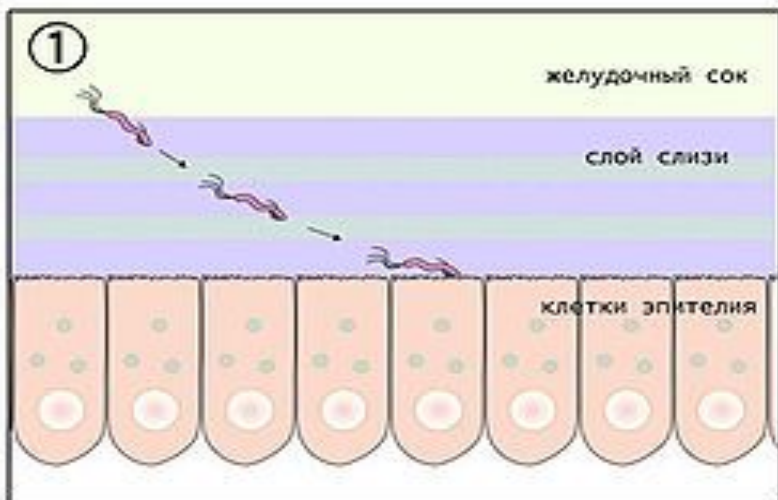
Чинники	<ul style="list-style-type: none">- на сьогодні залишаються не зовсім виясненими;- <i>Helicobacter pylori</i> (1978 р. відкрили Уоррен і Баррі Маршал)- конституційні та спадкові особливості організму;- нервово-психічні перенапруження;- хронічні захворювання шлунка і дванадцятипалої кишки;- зловживання курінням, алкоголем;- порушення ритму і характеру харчування та ін.
Класифікація	<ul style="list-style-type: none">- ВХ шлунка і ВХ дванадцятипалої кишки.- кардіальної ділянки; малої кривизни; препілоричного відділу шлунка; цибулини дванадцятипалої кишки, поза цибулинні;- неускладнена і ускладнена виразкова хвороба
Основні ускладнення	кровотеча, перфорація, пенетрація, малігнізація, стеноз шлункового воротаря і дванадцятипалої кишки.
Клініка	Найголовнішим симптомом ВХ є біль, який виникає зразу ж після приймання їжі (ранній біль), у хворих на ВХ дванадцятипалої кишки - через кілька годин (пізній біль) та у нічний час. Біль може віддавати в ліве плече (нагадувати біль при стенокардії). Раннім і найбільш частим симптомом ВХ є печія (ознака ацидизму). Досить часто у хворих виникає нудота і блювання. Блювання завжди приносить полегшення хворим. Більшість хворих страждають на запори, у багатьох утворюється “овечий” кал, можуть виникати проноси.
Об’єктивно	Загальний стан хворих залишається задовільним. Характерним є зменшення ваги тіла, загострення рис обличчя, блідість шкірних покривів. Язик обкладений білим нальотом, нерідко відмічається неприємний запах з рота. Живіт правильної форми, дещо напружений в епігастральній ділянці при пальпації, інколи вдається виявити найбільшу болючість, яка відповідає локалізації виразки.

Діагностика	<ul style="list-style-type: none"> - фракційне дослідження шлункового соку тонким зондом; - рН-метрія; - гастродуоденофіброскопія; - рентгенологічне дослідження (симптом “ніші” - дефект стінки шлунка або дванадцятипалої кишки у місці виразки, який заповнюється контрастною речовиною (барієвою кашею)
Лкування.	<p>Консервативне лікування:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) щадний режим; 2) дієтотерапію; 3) медикаментозні засоби; 4) фізіотерапевтичні методи лікування. <p style="text-align: center;">Медикаментозні засоби:</p> <ul style="list-style-type: none"> - седативні і снодійні (седуксен, тазепам, настойку валеріани); - антациди (вікалін, вікаїр, вентер, маалокс, гавіскон); - холінолітики (атропін, платифілін, метацин); - антагоністи гістамінових рецепторів (циметидин, ранітидин); - блокатори протонної помпи – омепразол; - антихелікобактеріальну терапію (де-нол , амоксицилін, окситетрациклін, метранідазол, трихопол) - репаранти -солкосерил, метилурацил, масло обліпихи, віт А); - фізіотерапевтичні процедури- електро- або іонофорез, теплові процедури (парафін, озокерит, ванни, душ) і т. ін. - санаторно – курортне лікування <p>Оперативне лікування</p> <ul style="list-style-type: none"> - резекція 2/3 шлунка за методом Більрота-1 або Більрот-2; - ваготомія (стовбурова, селективна або проксимальна)

Helicobacter pylori



Схематичне зображення патогенезу виразки шлунка: 1. [H. pylori](#) проникає через шар слизу в шлунок та прикріплюється к епітеліальним кретинам; 2. Бактерії каналізують перетворення сечовини у амміак, нейтралізуючи кислотну середу шлунка; 3. Розмножуються, мігрують и утворюють інфекційний центр; 4. В результаті утворюється виразка



ФГДС. Виразка шлунка до і після лікування



Підсумковий контроль знань

Задача №1

У хворого раптово виникла загальна слабкість, блювота у вигляді кавової гущі, чорні випорожнення. До якого **обстеження** медсестра повинна підготувати даного хворого?

Задача №2

Медсестринська діагностика гострого перитоніту передбачає визначення **симптому**

Задача № 3

Хворий 24 років поступає на **планову** операцію з приводу правобічної пахової грижі. Вкажіть час на протязі якого медична сестра повинна проводити доопераційне навчання.

Домашнє завдання

Рекомендована література

1. О.М. Кіт, О.Л.Ковальчук, Г.Т. Пустовойт « Медсестринство в хірургії» стор. 391-400.
2. О.Л.Ковальчук, Р.О. Сабадишин, О.В. Маркович « Медсестринство в хірургії» стор.392 - 401.
3. «Руководство к практическим занятиям по хирургии» Цитовська Л. В. Ст. 286-292.