

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/236901>

**Тип работы:** Дипломная работа

**Предмет:** Сестринское дело

## СОДЕРЖАНИЕ

### ВВЕДЕНИЕ 3

### ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 4

#### 1.1. Холецистит: понятие, этиология, патогенез 4

#### 1.2. Классификация, клинические проявления 6

#### 1.3. Лечебно-диагностическая тактика при холецистите 12

### ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ХОЛЕЦИСТИТЕ 29

#### 2.1. Сестринский уход за пациентами с холецистэктомией 29

#### 2.2. Анализ мнения пациентов об удовлетворенности работой среднего медицинского персонала и качеством медицинской помощи 41

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ 48

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 50

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы заключается в том, что холецистит наиболее распространенное заболевание желчного пузыря и желчевыводящих путей. С каждым годом его частота неуклонно возрастает, что связано с «сидячей» работой, малоподвижным образом жизни, неправильным питанием (избыточным потреблением жиров), а также с увеличением числа эндокринных заболеваний. У женщин холецистит встречается в 4 раза чаще.

Летальность среди последних, колеблется от 5 до 15%, хотя при плановой холецистэктомии она равна всего 0,5-0,8%. Такие высокие показатели летальности объясняются тем, что нередко хронический холецистит сопровождается сопутствующей тяжелой хронической соматической патологией.

Следовательно, хронический холецистит является не только медицинской, но и актуальной социальной и экономической проблемой. (<https://rosstat.gov.ru>)

Роль медицинской сестры в процессе ухода за пациентом с холециститом трудно переоценить. Выполнение назначений врача, уход за больным, проведение многих, иногда довольно сложных, манипуляций - все это является прямой обязанностью среднего медицинского персонала.

Цель: Рассмотреть сестринскую помощь пациенту после холецистэктомии на примере деятельности медсестры хирургического отделения ГБУЗ ЛО Кировская МБ.

Задачи:

1. Рассмотреть теоретические аспекты по данной теме
2. Рассмотреть принципы сестринской помощи за пациентами с холецистэктомией;
3. Рассмотреть реализацию сестринской помощи за пациентами с холецистэктомией в практике медсестры хирургического отделения ГБУЗ ЛО Кировской МБ.

## ГЛАВА 1

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

#### 1.1. Холецистит: понятие, этиология, патогенез

Желчный пузырь является частью желчевыводящей системы человека, которая отвечает за выработку, транспортировку и хранение желчи. Желчь – это жидкость, вырабатываемая печенью и участвующая в переваривании жирной пищи в тонком кишечнике. Желчный пузырь представляет собой небольшой мешочек, локализующийся под печенью. Его основная функция – накопление желчи. После еды желчный пузырь получает сигнал о выбросе желчи в протоки, которые достигают тонкой кишки. Если желчный пузырь удален, желчь может попасть в тонкую кишку и другими путями.

Холецистит – полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с его функциональными нарушениями (дискинезия желчного пузыря и сфинктерного аппарата желчного пузыря)

и изменением физико-химических свойств и биохимического состава желчи (дисхолия).

Камни, расположенные в этом органе, являются наиболее частой причиной данной патологии. Образование нерастворимых образований в желчевыводящей системе – длительный процесс. Чаще встречается у женщин. Это связано с определенными особенностями обмена желчных кислот, а также метаболизма холестерина, который взаимосвязан с женскими половыми гормонами - эстрогенами и прогестероном.

Причины холецистита включают:

- Камни в желчном пузыре являются частой причиной холецистита. Они блокируют пузырный проток и вызывают накопление желчи, что приводит к воспалению желчного пузыря.
- Опухоль также может препятствовать правильному оттоку желчи из желчного пузыря, что приводит к накоплению желчи и возникновению холецистита.
- Закупорка желчных протоков из-за перекручивания или рубцевания желчных протоков также приводит к холециститу.

Факторы риска холецистита или инфекции желчного пузыря:

Генетические факторы и факторы окружающей среды способствуют заболеванию желчного пузыря.

Женский пол, беременности и семейный анамнез желчнокаменной болезни повышают шанс возникновения ЖКБ. Приблизительно 60% больных острым холециститом – женщины; однако заболевание, как правило, протекает более тяжело у мужчин. Эстроген увеличивает уровень холестерина и его насыщение желчью и способствует гипомоторике желчного пузыря. Снижение моторики желчного пузыря обычно наблюдается во время беременности.

Другие факторы риска включают высокое потребление жиров и углеводов с пищей, малоподвижный образ жизни, сахарный диабет 2 типа и дислипидемию (повышение триглицеридов и низкий уровень ЛПВП). Диета с высоким содержанием жиров и углеводов предрасполагает пациента к ожирению, что увеличивает синтез холестерина, секрецию холестерина с желчью и перенасыщение им. Однако прямой корреляции между высоким потреблением жиров с пищей и риском желчнокаменной болезни не установлено. Острый холецистит чаще развивается у больных с сахарным диабетом 2 типа. Эти пациенты также более склонны к осложнениям.

Также, роль в развитии желчнокаменной болезни играет возраст. Пациенты, у которых развивается осложненная симптоматическая желчнокаменная болезнь, как правило, старше, а типичный пациент с камнями в желчном пузыре находится в возрасте 40 лет.

Патогенез

Камни в желчном пузыре представляют собой затвердевшие отложения пищеварительной жидкости, которые образуются в желчном пузыре, и могут варьироваться в размерах от крошечной песчинки до размера мяча для гольфа.

Существует два типа желчных камней:

- Холестериновые камни – образуются из холестерина желтовато-зеленого цвета. Эти камни являются наиболее распространенным типом, встречающимся в 80% случаев.
- Пигментные камни — мелкие и темные конкременты, образованные из билирубина — одного из соединений желчи.

Камни в желчном пузыре сами по себе не обязательно являются проблемой. Желчные камни могут находиться в желчном пузыре, клинически не проявляться, в этом случае их не нужно лечить. Однако желчные камни, выходящие из желчного пузыря, могут застрять в протоках. Они блокируют отток желчи из желчного пузыря, что вызывает накопление желчи. Эти события вызывают воспаление и отек стенок желчного пузыря, что может привести к бактериальной инфекции желчи.

## 1.2. Классификация, клинические проявления

В Международной классификации болезней (МКБ-10) хронический холецистит кодируется как K81.1. Основным признаком, который может охарактеризовать и классифицировать холецистит, безусловно, является наличие или отсутствие конкрементов (камней) в желчном пузыре. В связи с этим существуют:

- калькулезный холецистит;
- некалькулезный (калькулезный) холецистит (преобладают воспалительные и/или моторно-тонические нарушения желчного пузыря и его протоков).

85-95% людей (чаще всего женщины 40-60 лет), страдающих хроническим холециститом, имеют камни в желчном пузыре (т. е. больны хроническим калькулезным холециститом). Образование конкрементов может быть как первичным (при изменении физико-химических свойств желчи), так и вторичным (после первичного инфицирования желчи и развития воспаления).

В клинической картине заболевания выделяют болевой, диспепсический и интоксикационный синдромы. Обычно начало заболевания проявляется печеночной коликой: интенсивными болями в правом подреберье, иррадирующими в поясничную, надключичную область и эпигастрию. Иногда при наличии симптомов панкреатита боли могут приобретать опоясывающий характер. Эпицентр боли обычно локализуется в точке Кера, расположенной на пересечении наружного края правой прямой мышцы живота и края реберной дуги. В этом месте желчный пузырь соприкасается с передней брюшной стенкой.

Появление печеночной колики объясняется резко нарастающей билиарной гипертензией на фоне рефлекторного спазма сфинктеров, расположенных в желчевыводящих путях. Повышение давления в желчевыводящей системе приводит к увеличению печени и растяжению глиссоновой капсулы, покрывающей печень. А так как в капсуле находится огромное количество болевых рецепторов (т. е. ноцерорецепторов), то это и приводит к возникновению болевого синдрома.

Возможно развитие холецистокардиального синдрома Боткина. В этом случае при остром холецистите возникают боли в области сердца и даже могут появиться изменения ЭКГ в виде ишемии. Такая ситуация может ввести врача в заблуждение, и в результате гипердиагностики (ошибочного врачебного заключения) ишемической болезни он рискует не распознать острый холецистит.

В связи с этим требуется тщательное осмысление симптомов заболевания и оценка клинической картины в целом с учетом анамнеза и параклинических данных. Возникновение синдрома Боткина связано с наличием рефлекторной парасимпатической связи между желчным пузырем и сердцем.

После купирования печеночной колики боли полностью не исчезают, как при хроническом калькулезном холецистите. Она становится несколько притупленной, приобретает постоянный распирающий характер и локализуется в правом подреберье. При наличии осложненных форм острого холецистита болевой синдром изменяется.

При возникновении перфорации желчного пузыря и перитонита боль становится разлитой по всему животу. Интоксикационный синдром проявляется лихорадкой, тахикардией (учащением пульса), сухостью кожи (или, наоборот, потливостью), отсутствием аппетита, головной болью, мышечными болями и слабостью.

Температура имеет прямую зависимость от формы протекания холецистита:

- При катаральной форме температура обычно держится в пределах 37 – 38°C.
- Деструктивная форма характеризуется повышением выше 38°C;
- При развитии осложнений, таких как эмпиема желчного пузыря или перивезикальный абсцесс температурная кривая может иметь вид гектической, характеризующаяся резким повышением и понижением температуры в течении суток.

Для диспепсического синдрома характерны тошнота и рвота. Возможна как однократная, так и многократная рвота которая не приносит облегчения, особенно при сопутствующей патологии поджелудочной железы.

Разные формы воспаления характеризуются разной клинической картиной.

Катаральная форма характеризуется поражением слизистой оболочки желчного пузыря. Для данной формы характерны боли умеренной интенсивности, интоксикационный синдром либо слабо выражен, либо полностью отсутствует. [14]

Флегмонозная форма характеризуется воспалением всех слоев стенки желчного пузыря. Симптоматически это проявляется более интенсивным болевым синдромом, повышением температуры до фебрильных цифр, рвотой и метеоризмом. При пальпации определяется увеличенный болезненный желчный пузырь.

Появляются симптомы:

- симптом Мерфи – при пальпации желчного пузыря прерывается дыхание.
- симптом Мюсси – Георгиевского – между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы определяется болезненная пальпация.
- симптом Ортнера – при поколачивании по правой реберной дуге определяется болезненность.

Для гангренозной формы характерен интоксикационный синдром, проявляющийся тахикардией, фебрильной и высокой температурой, дегидратацией, определяются симптомы раздражения брюшины.

Для гангренозно-перфоративной формы, которая возникает при перфорации желчного пузыря характерна клиника перитонита: при пальпации отмечаются симптомы раздражения брюшины, вздутие живота, интоксикационный синдром.

Формы холецистита без соответствующего лечения могут перетекать из одной в другую (от катаральной до гангренозной), а также возможно начальное развитие деструктивных изменений стенки мочевого пузыря.

Осложнения острого холецистита

Осложнения могут возникать при длительном течении нелеченных деструктивных форм острого

холецистита.

Холедохолитиаз – закупорка конкрементом общего желчного протока, образованного местом слияния пузырного и общего печеночного желчных протоков, с формированием механической желтухи.

Разрушение стенки желчного пузыря с угрозой перфорации (вследствие повреждения желчного пузыря камнями и/или пролежней от последних).

Холецистопанкреатит – формирование воспаления не только в желчном пузыре, но и в поджелудочной железе вследствие нарушения тонуса сфинктера Одди и/или закупорки его камнем и невозможности поступления панкреатического и желчного соков в двенадцатиперстную кишку.

Водянка желчного пузыря относится к выраженному расширению желчного пузыря из-за хронической обструкции пузырного протока, что приводит к накоплению стерильного беспигментного муцина. Что касается клинической картины, то заболевание проявляется лихорадкой, дискомфортом в правом подреберье. Больные гидроцеле также жалуются на постоянную рвоту желчью и кишечную колику.

Пузырно-кишечные свищи – формирование соустья между желчным пузырём и кишечником по причине длительно существующего воспаления в первом и прилегании этих органов друг к другу.

Эмпиема желчного пузыря. Под эмпиемой желчного пузыря обычно понимают острый воспалительный процесс, развивающийся внутри этого органа. Эмпиема желчного пузыря встречается у 5-15% больных острым холециститом. Камни закупоривают протоки, и результатом этого нарушения является воспаление. Секрет внутри желчного пузыря постепенно накапливался. Считается благоприятной средой для жизнедеятельности патогенной флоры. Характеризуется постепенным накоплением гнойного экссудата.

Заболевание проявляется сильными болями, лихорадкой, явлениями интоксикации. Симптомы развивающейся эмпиемы желчного пузыря сходны с таковыми при остром холецистите. Больные жалуются на дискомфорт в области правого подреберья, резкое повышение температуры. Иногда симптомы дополняются сильным ознобом.

К косвенным признакам заболевания относятся отсутствие аппетита, повышенная потливость и сухость во рту. Боли в области правого подреберья непостоянны. Они могут ухудшаться при глубоком вдохе или кашле. Стоит отметить, что при сахарном диабете и иммунодефицитных состояниях эти симптомы выражены менее ярко.

Рак желчного пузыря

В случае отграничения воспаления возникает перивезикальный инфильтрат. Обязательным его компонентом является желчный пузырь, расположенный в центре инфильтрата. В состав чаще всего входит сальник, могут включаться поперечно-ободочная кишка, антральный отдел и двенадцатиперстная кишка. Обычно это происходит через 3-4 дня течения

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александр, Геннадьевич Елисеев Лечебное питание при холецистите и панкреатите / Александр Геннадьевич Елисеев. - М.: Научная книга, 2013. - 877 с.
2. Алла, Юренко и Марина Антонюк Хронический холецистит и метаболический синдром / Алла Юренко и Марина Антонюк. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2012. - 104 с.
3. Болотовский, Г. В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря / Г.В. Болотовский. - М.: Невский проспект, 2006. - 160 с.
4. Болотовский, Г. В. Холецистит и другие болезни желчного пузыря / Г.В. Болотовский. - М.: Омега, 2007. - 160 с.
5. Ветшев, П.С. Желчнокаменная болезнь. Руководство / П.С. Ветшев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 858 с.
6. Дадвани, С. А. Желчнокаменная болезнь / С.А. Дадвани, П. С. Ветшев. А. М. Шулутко Шулутко, М. И. Прудков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 178 с.
7. Королев, Б. А. Осложненный холецистит / Б.А. Королев, Д.Л. Пиковский. - М.: Медицина, 2018. - 240 с.
8. Лечебное питание. Холецистит. - М.: Рипол Классик, 2013. - 890 с.
- 13.
9. Морозов, В. П. Желчнокаменная болезнь / В.П. Морозов, В.М. Савранский. - М.: Питер, 2018. - 128 с.
10. Острый холецистит. - М.: Лениздат, 2018. - 416 с.
11. Румянцев, А. Желчнокаменная болезнь / А. Румянцев. - М.: СпецЛит, 2017. - 524 с.
12. Седов, А.В. Заболевания желчного пузыря. Холецистит, холангит / А.В. Седов. - М.: АСТ, 2016. - 643 с.
13. Сергеева, Н. Желчнокаменная болезнь. Симптомы, лечение, очищение / Н. Сергеева. - М.: Невский проспект, 2017. - 128 с.
14. Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А. -

Екатеринбург, 2019. – 26 с.

15. Хирургические болезни: учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с.

16. Хирургические болезни: учебник: в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с.

17. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.

18. Хронический холецистит: учеб.-метод. пособие / И. М. Змачинская, Т. Т. Копать, М. К. Церех. – Минск: БГМУ, 2017. – 20 с.

19. Черепанин, И.А. Острый холецистит: моногр. / И.А. Черепанин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 676 с.

*Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:*

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/236901>