

Коми Республикаса велöдан да наука министерство
Министерство образования и науки Республики Коми

«Печораса промышленной да экономической техникум»
Уджикасö велöдан канму учреждение
(УВКУ «ППЭТ»)
государственное профессиональное образовательное учреждение
«Печорский промышленно-экономический техникум»
(ГПОУ «ППЭТ»)

специальность: 34.02.01 Сестринское дело

КУРСОВАЯ РАБОТА

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДСЕСТРЫ ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЁННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

МДК. 04.03 Сестринский уход за пациентом хирургического профиля

Выполнил студент

(Ф.И.О.)

группа _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

Научный руководитель

(Ф.И.О.)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

Дата защиты работы

« ____ » _____ 20 ____ г.

Результаты защиты _____
(цифрой) (прописью)

г. Печора, 2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	7
1.1 Анатомо-физиологические особенности жёлчного пузыря и его роль пищеварении.....	7
1.2 Этиология и патогенез клинический синдром желчнокаменной болезни как основного показания к холецистэктомии.....	9
1.3 Понятие и виды холецистэктомии.....	11
2 СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПОСЛЕ ПРОВЕДЁННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ.....	13
2.1 Основные элементы сестринского ухода после холецистэктомии.....	13
2.2 Сестринский процесс пациенту после перенесённой холецистэктомии.....	16
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	27
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	28
ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	31

ВВЕДЕНИЕ

Холецистэктомия представляет собой хирургическую процедуру по удалению жёлчного пузыря. Это одна из наиболее распространённых операций в мире, проводимая по различным показаниям, наиболее часто – при наличии желчнокаменной болезни.

Актуальность данного исследования обусловлена высокой распространённостью желчнокаменной болезни, выступающей основной причиной проведения холецистэктомии. Статистические данные указывают на устойчивый рост количества таких оперативных вмешательств в современной гастроэнтерологической практике и приводятся в таблице 1 [13].

Таблица 1 - Распространённость желчнокаменной болезни (ЖКБ) в 2004 и 2024 гг.

Показатель	2004 г.	2024 г.
Обследованные населённые пункты (количество)	3	2
Общее число обследованных, человек	302 (109 мужчин, 193 женщины)	288 (85 мужчин, 203 женщины)
Средний возраст обследованных (лет)	61,5	60,5
Распространённость ЖКБ (%)	23,4	38,3
Распространённость хронического калькулезного холецистита (%)	11 (чаще у женщин; рост с возрастом)	17 (чаще у женщин; рост с возрастом)
Основные клинические проявления ЖКБ	Боль в правом подреберье и подложечной области; тяжесть после еды; вздутие живота; нарушение стула	Боль в правом подреберье и подложечной области; тяжесть после еды; вздутие живота; нарушение стула

Количество операций (штук)	69	89
Рост операции холецистэктомии (%)	-	7

Это создаёт необходимость постоянного совершенствования подходов к ведению пациентов в послеоперационном периоде для обеспечения максимальной эффективности лечения.

Целью исследования является изучение деятельности медицинской сестры в организации ухода за пациентами после проведённой холецистэктомии.

Задачи исследования:

- ознакомиться с теоретическими аспектами сестринского ухода за пациентами в раннем послеоперационном периоде;
- осуществить сестринский процесс пациенту с желчнокаменной болезнью;
- сделать выводы о роли медицинской сестры в уходе за пациентом после холецистэктомии.

Объект исследования: деятельность медицинской сестры после проведённой холецистэктомии.

Предмет исследования: сестринский процесс при заболевании желчнокаменной болезнью.

Практическая значимость работы позволит повысить качество сестринской помощи и снизить риск развития послеоперационных осложнений.

Методы исследования: изучение и анализ медицинской литературы; наблюдение; сбор данных пациентов; анализ, синтез.

Исследовательская база: Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения Республики Коми «Печорская Центральная Районная Больница».

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

1.1 Анатомо-физиологические особенности жёлчного пузыря и его роль в пищеварении

Жёлчный пузырь представляет собой полый орган грушевидной формы, расположенный в ямке на висцеральной поверхности печени. Его топографическая позиция варьируется между четвёртым и пятым сегментами печени, что обеспечивает тесную анатомическую связь с печёночной паренхимой. Стенка органа состоит из трёх слоёв: слизистой оболочки, мышечного слоя и серозной оболочки. Кровоснабжение осуществляется через пузырную артерию, которая является ветвью правой печёночной артерии, а иннервация обеспечивается ветвями чревного сплетения и блуждающего нерва. Слизистая оболочка жёлчного пузыря образует многочисленные складки, увеличивающие всасывающую поверхность. Гистологически она представлена однослойным цилиндрическим эпителием, способным к активному транспорту ионов и воды. Мышечный слой, состоящий из гладкомышечных волокон, ориентированных спирально и циркулярно, отвечает за сократительную функцию органа. Венозный отток происходит через пузырные вены, впадающие в воротную вену печени, а лимфоотток направлен в регионарные лимфатические узлы ворот печени. Строение желчного пузыря показано на рисунке 1.

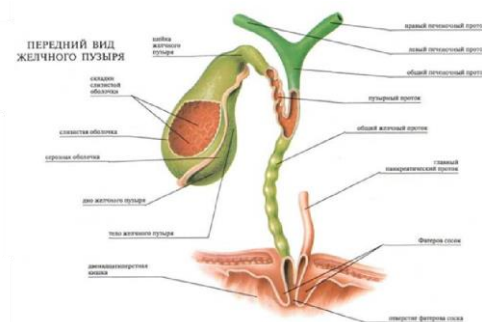


Рисунок – 1 Строение желчного пузыря

Основная физиологическая функция жёлчного пузыря заключается в концентрации и хранении жёлчи, синтезируемой гепатоцитами. За счёт активного всасывания воды и электролитов слизистой оболочкой происходит увеличение концентрации жёлчных кислот, холестерина и билирубина в 5-10 раз. Этот процесс позволяет накапливать значительный объем жёлчи в межпищеварительный период, что обеспечивает её резервуарную функцию. Секреция слизи эпителием пузыря защищает стенки от агрессивного воздействия концентрированной жёлчи. Эвакуация жёлчи в двенадцатиперстную кишку происходит в ответ на пищеварительные стимулы, главным образом под действием холецистокинина. Гормон секретируется эндокринными клетками слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки при поступлении пищи, особенно богатой жирами. Сокращение мышечного слоя жёлчного пузыря и одновременное расслабление сфинктера Одди обеспечивают поступление жёлчи в общий жёлчный проток. Этот синхронизированный процесс играет ключевую роль в эмульгировании жиров и всасывании липидов в кишечнике.

1.2 Этиология и патогенез клинический синдром желчнокаменной болезни как основного показания к холецистэктомии

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является распространенным заболеванием, основным показанием к холецистэктомии. Этиологии развития ЖКБ выступают метаболические нарушения, такие как ожирение, сахарный диабет и гиперлипидемия. Гормональные влияния, в частности избыток эстрогенов при беременности или приёме оральных контрацептивов, также способствуют образованию камней. Кроме того, генетическая предрасположенность играет существенную роль, о чем свидетельствует более высокая распространённость заболевания среди близких родственников. Другими значимыми факторами риска желчнокаменной болезни являются возраст старше 40 лет, женский пол и быстрая потеря

массы тела. Диетические привычки, включая высококалорийное питание с избытком жиров и рафинированных углеводов, повышают вероятность развития патологии. Некоторые хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, такие как болезнь Крона, также ассоциированы с повышенным риском камнеобразования. Таким образом, этиология ЖКБ представляет собой сложное взаимодействие различных факторов.

.....

1.3 Понятие и виды холецистэктомии

Холецистэктомия - это хирургическая операция по удалению жёлчного пузыря, которая применяется при его воспалении, наличии камней или других патологиях, вызывающих нарушение оттока жёлчи. Наиболее распространённым методом является лапароскопическая холецистэктомия, обеспечивающая минимальную травматичность, быстрое восстановление и низкий риск осложнений. Операция позволяет полностью устранить источник хронической боли, воспалительных процессов и предотвратить развитие серьёзных осложнений со стороны печени и поджелудочной железы.

Виды холецистэктомии:

По методу проведения:

1. Лапароскопическая холецистэктомия - выполняется через небольшие проколы в брюшной стенке с использованием видеокамеры и специальных инструментов. Метод наименее травматичен, обеспечивает быстрое восстановление и минимальный риск осложнений.

2. Открытая (полостная) холецистэктомия - применяется при осложнённых формах заболевания, в том числе при обширных воспалительных изменениях или наличии сопутствующих патологий. Методы проведения холецистэктомии показаны на рисунке 2

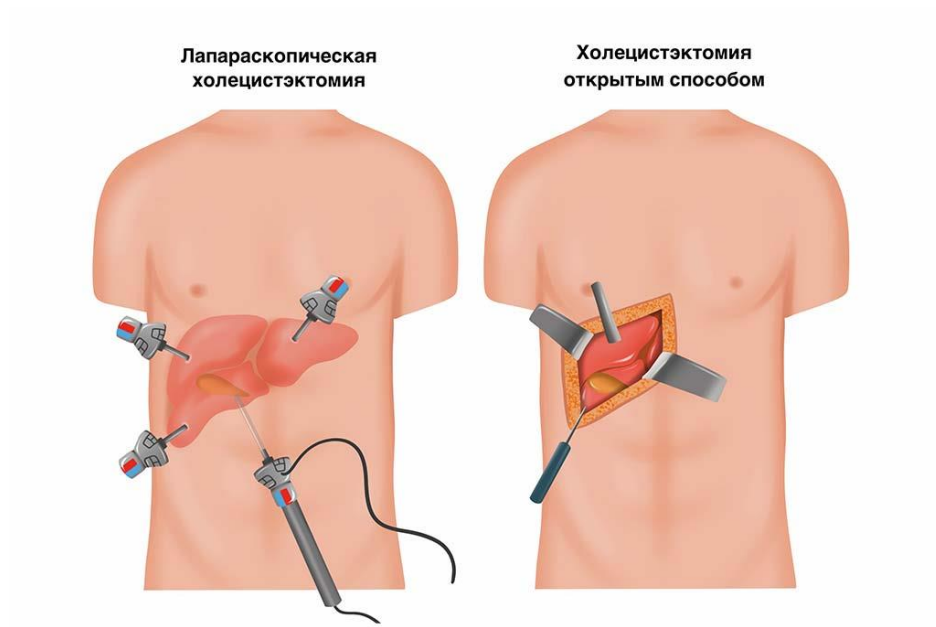


Рисунок - 2 Методы проведения холецистэктомии.

По срочности выполнения:

.....

2 СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПОСЛЕ ПРОВЕДЁННОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

2.1 Основные элементы сестринского ухода после холецистэктомии

После холецистэктомии важен комплексный подход к сестринскому уходу, который включает в себя такие основные элементы как: оценка состояния пациента в раннем послеоперационном периоде, уход за послеоперационной раной, профилактика инфекционных осложнений и контроль за процессом заживления, организация питания и питьевого режима в послеоперационном периоде холецистэктомии и сестринская помощь в профилактике тромбоэмболических осложнений.

Оценка состояния пациента в раннем послеоперационном периоде.

Мониторинг жизненно важных функций - ключевая задача сестринского персонала в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии. Частота контроля зависит от состояния пациента и типа операции. После лапароскопической холецистэктомии измерения проводятся каждые 30 минут в первые два часа, затем реже. При открытой операции требуется более частое наблюдение из-за большей травматичности. Стандартный мониторинг включает оценку уровня сознания, ЧСС, АД, ЧДД и температуры каждые 15-30 минут в течение первого часа (Smith, 2020). Значительные изменения показателей должны немедленно фиксироваться и сообщаться врачу, что позволяет раннюю диагностику послеоперационных осложнений.

Объективная оценка интенсивности болевого синдрома осуществляется с применением стандартизированных шкал. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) и цифровая рейтинговая шкала являются наиболее распространёнными инструментами. Данный подход позволяет унифицировать оценку и отслеживать динамику болевых ощущений. «Применение шкал боли повышает точность оценки и способствует

адекватному подбору анальгетической терапии» (Johnson et al., 2019). Регулярный опрос пациента о характере и локализации боли помогает дифференцировать нормальные послеоперационные ощущения от симптомов развивающихся осложнений. Динамическое наблюдение за пациентом направлено на раннее выявление угрожающих состояний, таких как кровотечение, желчеистечение или перитонит.

Уход за послеоперационной раной, профилактика инфекционных осложнений и контроль за процессом заживления.

Техника перевязок - основа профилактики раневой инфекции после холецистэктомии. Она требует соблюдения асептики и антисептики на всех этапах ухода. Медицинская сестра должна использовать стерильные материалы и инструменты, обеспечивать герметичность повязки и заменять её при промокании. Оценка признаков воспаления важна для сестринского наблюдения, и при их обнаружении необходимо немедленно информировать врача для коррекции терапии.

Организация питания и питьевого режима в послеоперационном периоде холецистэктомии.

Начальный период предполагает назначение нулевых столов, характеризующихся полным исключением пищевой нагрузки. В дальнейшем пациентам назначают стол №5. Данный подход позволяет минимизировать секреторную активность желудочно-кишечного тракта и снизить риск послеоперационных осложнений. «Любое хирургическое вмешательство нарушает налаженные процессы в организме. Естественно, это влияет и на процесс пищеварения, и на обмен веществ. Существенным образом меняет рацион и такая серьёзная операция, как удаление жёлчного пузыря. Диета после удаления жёлчного пузыря относится к разряду лечебных. Она нацелена на то, чтобы в короткие сроки восстановить обмен веществ в организме. Если пациент будет соблюдать диету, то в скором времени

сможет вернуться к привычному образу жизни лишь с некоторыми ограничениями в рационе». [7, с.11]

.....

2.2 Сестринский процесс пациенту после перенесённой холецистэктомии

Сестринский процесс - это систематический подход к оказанию пациенту медицинской помощи, который включает несколько последовательных этапов. Каждый этап направлен на то, чтобы обеспечить пациенту наиболее качественный и индивидуальный уход. Выделяют пять этапов:

1. Обследование.
2. Диагностика (выявление проблем пациента).
3. Планирование (определение целей).
4. Реализация плана ухода за пациентом.
5. Оценка эффективности предоставляемого ухода и коррекция (в случае необходимости).

Рассмотрим сестринский процесс на примере пациента поступившего в хирургическое отделение Печорской Центральной Районной Больницы.

Пациентка И. И. И., 25 лет, поступила в отделение хирургии с жалобами на периодические боли в правом подреберье, которые усиливаются после приёма жирной пищи. Боли имеют колющий характер и могут иррадиировать в спину и правое плечо. Также она отметила эпизоды тошноты и рвоты, которые возникают после обострения болей.

Пациентка: И. И. И., 25 лет

Дата поступления: 01.11.25

Дата выписки: 07.11.25

Диагноз: Желчекаменная болезнь, необходимость в холецистэктомии.

1 этап. Обследование

Субъективное исследование:

Жалобы: Периодические колющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после жирной пищи, тошнота и рвота.

Анамнез: Избыточная масса тела, нерациональное питание, отсутствие значимых заболеваний и аллергий.

Объективное исследование:

Общее состояние: Удовлетворительное, ясное сознание, положение на правом боку.

Физикальное обследование: Увеличение живота, болезненность в правом подреберье, отрицательные симптомы раздражения брюшины.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз, повышенная СОЭ, увеличение билирубина и печёночных ферментов. УЗИ: наличие камней в жёлчном пузыре.

2 этап. Диагностика

Настоящие проблемы: Острая боль в правом подреберье, тошнота, повышенная температура.

Потенциальные проблемы: Послеоперационное кровотечение, запор. Приоритетные проблемы: Психологические проблемы, воспаление поджелудочной железы.

Сестринский диагноз: Боль в правом подреберье, тошнота, повышенная температура.

Постановка цели.

Краткосрочные цели:

1. Снижение боли до 3 из 10 в течение 24 часов.
2. Уменьшение приступов тошноты до 1-2 раз в день в течение 48 часов.
3. Нормализация температуры тела до 36.6 °C. на пятый день.

Долгосрочные цели:

1. Нормализация пищеварения в течение 1 недели.
2. Успешное восстановление после операции без осложнений в течение 3-5 дней после операции.
3. Соблюдение диеты и физической активности, в течение 3 месяцев после операции.

3 этап. Планирование. План сестринских вмешательств представлен в таблице 1.

Таблица 2 - План сестринских вмешательств

Вмешательства	Мотивация
1. Контроль состояния (степень болевых ощущений, АД, ЧДД).	Оценка состояния здоровья, возможность выявить отклонения и своевременно принять меры.
2. Обеспечение ухода при рвоте и тошноте.	Облегчении симптомов, предотвращении осложнений, предоставлении психологической поддержки пациента.
3. Уход при лихорадке	Снижение температуры и облегчение состояния пациента.
4. Подготовка к операции.	Обеспечение психологической поддержки.
5. Уход за послеоперационной Раной.	Профилактика присоединения вторичной инфекции.
6. Обучение по уходу за послеоперационной раной.	Информирование о правилах послеоперационного ухода (гигиена, контроль швов).
7. Обучение упражнениям для улучшения кровообращения.	Стимуляция физической активности, профилактики тромбообразования.
8. Предоставление информации о сбалансированной диете и планах питания после операции.	Для профилактики рецидива заболевания.

4 этап. Реализация плана сестринских вмешательств.

.....

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Холецистэктомия - это хирургическая операция по удалению жёлчного пузыря, которая применяется при его воспалении, наличии камней или других патологиях, вызывающих нарушение оттока жёлчи.

В данном исследовании была подробно проанализирована холецистэктомия как распространённая хирургическая манипуляция, а также роль медицинской сестры в организации ухода за пациентами после операции. Актуальность темы подтверждается статистическими данными о растущем числе случаев желчнокаменной болезни и, как следствие, увеличением количества холецистэктомий.

Исследование освещает анатомо-физиологические особенности жёлчного пузыря, этиологию и патогенез желчнокаменной болезни, а также классификацию методов холецистэктомии. Важно отметить, что эффективный сестринский уход после операции включает в себя оценку состояния пациента, контроль за послеоперационной раной, профилактику инфекционных осложнений и тромбоэмболических рисков, а также организацию питания и физической активности.

В ходе работы была разработана система сестринских вмешательств, направленных на снижение послеоперационных осложнений и улучшение качества жизни пациентов. Систематический подход к сестринскому процессу, включающий оценку состояния, диагностику проблем, планирование и реализацию вмешательств, позволяет обеспечить высокий уровень медицинской помощи.

Ожидаемые результаты исследования включают снижение частоты послеоперационных осложнений и улучшение клинических исходов, что подтверждает важность грамотной организации сестринского ухода. Внедрение предложенных рекомендаций в практику может значительно

повысить эффективность лечения и удовлетворённость пациентов, что делает данное исследование актуальным и значимым для современной медицины.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Нормативные источники:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в ред. от 01.01 2026). - [URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/) (дата обращения: 15.01.2026).
2. ГОСТ Р 59778-2021. Национальный стандарт Российской Федерации. Процедуры взятия проб венозной и капиллярной крови для лабораторных исследований (утв. и введен в действие Приказом Росстандарта от 21.10.2021 N 1212-ст. - [URL: https://docs.cntd.ru/document/1200181266](https://docs.cntd.ru/document/1200181266) (дата обращения: 15.01.2026).
3. ГОСТ Р 526 23 .1 - 2008 Технологии выполнения простых медицинских услуг функционального обследования (утв. и введен Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 4 декабря 2008 г. № 359-ст. - [URL: https://docs.cntd.ru/document/1200068115](https://docs.cntd.ru/document/1200068115) (дата обращения: 15.01.2026).
4. ...
5. ...

Литература:

6. Балтабаев, А.И. Снижение частоты осложнений и ускорение восстановления после лапароскопической холецистэктомии /А.И. Балтабаев //Вестник КРСУ. - 2025. - №9.- С. 12–15.
7. Демидова, Е. Р. Сестринская помощь при хирургических заболеваниях. Сборник заданий. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 432 с.
8. Каспрук, Л.И. Операционные медицинские сестры в истории хирургии и сестринского дела /Л.И. Каспрук // Медицинская сестра. - 2021. - №1. - С. 49–52.

9. Кораблева А.А., Юдина Е.В. Антибиотикопрофилактика инфекций области хирургического вмешательства /А.А. Кораблева и др.- Казань: Казанский университет, 2014. - 88 с.
10. Мартынова, А.А. Технология оказания медицинских услуг: учебное пособие /А.А. Мартынова. – М.: АСТ, 2021. – 450 с.
11. ...
12. ...
13. ...
14. ...
15. ...
16. ...
- 17.

Электронные ресурсы:

18. Осложнения после удаления жёлчного пузыря. - URL:
<https://www.gmshospital.ru/diseases/oslozhneniya-posle-udaleniya-zhelchnogo-puzyrya/> (дата обращения 15.01.2026)
19. Памятка пациенту при выписке из стационара после холецистэктомии. - URL:https://ncrb73.gosuslugi.ru/netcat_files/7/152/Pamyatka_pri_vypiske_iz_statsionara_posle_holetsistoektomii.pdf (дата обращения 15.01.2026)
20.
21.
22. ...
23. ...
24. ...
25. ...

