

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики автономное профессиональное образовательное учреждение Удмуртской Республики «Республиканский медицинский колледж имени героя Советского Союза Ф.А. Путиной Министерства здравоохранения Удмуртской Республики»

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

«Сестринская помощь при хроническом панкреатите»

Исполнитель: Ефимов Кирилл Андреевич
студент 3 курса 316 группы

специальности 34.02.01 «Сестринское дело»

Руководитель: Агафонов Дмитрий Игоревич,
преподаватель АПОУ УР «РМК МЗ УР»

Работа защищена с оценкой ____ (_____)

Зав. отделением _____ Коростелева Н.И.

Ижевск, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1. Теоретическое исследование заболевания панкреатита.....	5
1.1 Этиология и факторы риска развития ХП.....	5
1.2 Основные симптомы и методы диагностики.....	6
1.3 Методы диагностики.....	8
Глава 2 ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ.....	10
2.1 Направления профилактики панкреатита.....	10
2.2 Сестринский уход при панкреатите.....	11
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	14
Список использованных источников и литературы.....	15

ВВЕДЕНИЕ

Хронический панкреатит в настоящее время является одной из немаловажных и актуальных проблем медицины.

ХП характеризуется значительным нарушением качества жизни и социального статуса большого числа больных молодого и среднего, наиболее трудоспособного возраста. В структуре заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта указанная патология составляет от 5,1 до 9%, а в общей клинической практике – 0,2-0,6%. Для диагностики ХП используется около 90 различных методов исследования, однако, большинство из них не позволяют установить диагноз ХП на ранней стадии развития. На сегодняшний день в разных странах опубликованы национальные рекомендации по диагностике и лечению хронического панкреатита и внешнесекреторной панкреатической недостаточности. На основе анализа зарубежных национальных рекомендаций, результатов наиболее крупных и информативных иностранных и российских исследований в апреле 2014 г. Был опубликован инициативный проект Рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по диагностике и лечению хронического панкреатита Эти рекомендации основаны на принципах доказательной медицины, их использование в работе участкового врача-терапевта является обязательным условием эффективного лечения больных с хроническим панкреатитом.

Тема исследования – “ Сестринская помощь при панкреатите ”

Актуальность темы обусловлена: Распространенностью ХП в мире, она варьируется от 1,6 до 56 случаев на 100 тыс. населения (Российская Федерация

— 27,4–50 случаев на 100 тыс., страны Евросоюза — от 25 до 26,4 случаев на 100 тыс. населения в год).

Объект исследования: Пациенты болеющие хроническим панкреатитом.

Предмет исследования: Течение заболевания его диагностика и лечение.

Цель исследования – Выявить особенности течения заболевания панкреатитом у пациентов.

Задачи исследования:

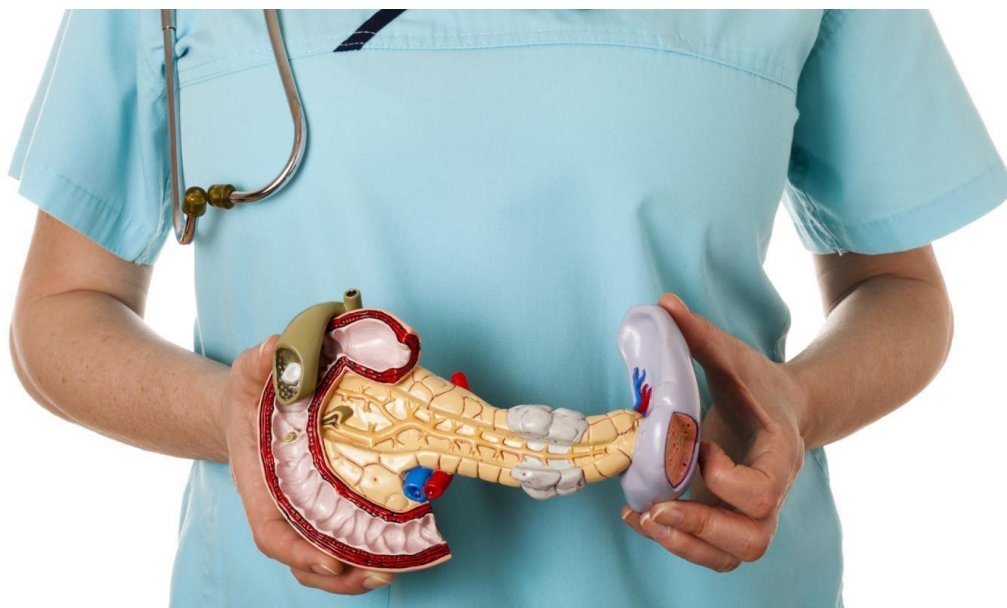
- 1.Изучить влияние факторов риска панкреатита на течение заболевания;
- 2.Изучить особенности сестринского процесса в течение хронического панкреатита
- 3.Изучить особенности течения заболевания в зависимости от морфологии заболевания.

Методы исследования: общетеоретические (изучение научной и учебной литературы, нормативно-правовой документации).

Глава 1. Теоретическое исследование заболевания панкреатита

1.1 Этиология и факторы риска развития ХП

Хронический панкреатит — длительное хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и/или снижение функции железы.



Хронический панкреатит в настоящее время является одной из немаловажных и актуальных проблем медицины.

Современные представления об этиологии заболевания отражает классификация, согласно которой выделяют следующие варианты ХП:

Алкогольный панкреатит - чаще встречается у мужчин в возрасте 35-45 лет, среди большого множества различных причин развития хронического панкреатита, алкоголизм, по данным зарубежных авторов, составляет 40-90%

случаев. Хотя, механизм возникновения ХП на фоне приема алкоголя изучен не до конца.

Биллиарный панкреатит - главными механизмами формирования БП являются заброс и задержка желчи в протоках ПЖ, и вследствие взаимодействия ее с бактериями и панкреатическими ферментами частота выявления панкреатита у больных ЖКБ, по разным оценкам, составляет 25–90% и более.

Тропический панкреатит - это одна из наиболее часто встречаемых форм хронического панкреатита в некоторых странах Азии и Африки, он не связан с приемом алкоголя и чаще встречается у детей или подростков

Наследственный панкреатит - в течение многих десятилетий оставался редчайшей патологией ПЖ, и только улучшение методов диагностики позволило на ранних стадиях диагностировать данную патологию.

Лекарственный панкреатит - встречается приблизительно в 2% случаев, значительно чаще в группах риска – у детей и ВИЧ-инфицированных больных

Для ХП выделяют следующие факторы риска:

- употребление алкоголя
- курение
- заболевания желчевыводящей системы и двенадцатиперстной кишки
- производственные вредности
- длительный прием лекарственных препаратов
- наследственность
- наличие аутоиммунных заболеваний

Данные факторы риска значительно увеличивают риск возникновения ХП. Изучая их влияние на развитие ХП можно сказать что, злоупотребление алкоголем является главной причиной развития ХП (60-80% случаев ХП).

Курение значительно усугубляет действие алкоголя, повышая прогрессирование заболевания, одновременно являясь независимым фактором риска. Также значительно повышает риск развития употребление панкреотоксичных препаратов таких как: антибиотики, противовоспалительные препараты, гормоны и другие.

Возможен наследственный панкреатит, связанный с мутацией гена в одной из хромосом.

1.2 Основные симптомы и методы диагностики

Основным клиническим симптомом у большинства пациентов является – боль. Болевой синдром объясняется давлением увеличенной железы на солнечное сплетение, вовлечением собственных рецепторов железы, и повышенным давлением в протоках. Боль может характеризоваться как колющая, режущая, ноющая, постоянные, и мучительные, опоясывающие. Локализуется в эпигастрии.



Иррадиация зависит от воспалительно-дегенеративного процесса и может иррадиировать в левое или правое подреберье или в эпигастральную область, примерно у 10% больных наблюдается иррадиация болей в область сердца. Боль может усиливаться при положении лежа, приеме жирной, острой, кислой пищи. Боли могут продолжаться в течение многих часов, хотя в 10-20% случаев отмечается «безболевой панкреатит». Совместно с болью может возникнуть отрыжка, изжога а также рвота неукротимого характера, не приносящая облегчения, как правило возникает в период обострения. В симптомах ХП выделяют несколько синдромов, таких как: Синдром экзокринной недостаточности, проявляющийся приступами «волчьего голода» признаками

Сахарного диабета - гипергликемией, сухостью во рту, и жаждой. Синдром трофологической недостаточности - характеризующийся не пропорциональностью в потребности организма и поступлением питательных веществ, что можно заметить при недостаточном потреблении их с пищей.

Воспалительно-деструктивный синдром включает в себя воспаление склероз, кистообразование и как следствие желтушность кожных покровов, и кожный зуд. Желтуха чаще появляется вследствие болевого приступа и носит рецидивирующий характер.

При пальпации живот сначала мягкий, но определяется резкая болезненность и ригидность мышц в эпигастральной области. Печень увеличена, болезненна.

При общем осмотре выявляются признаки общей интоксикации – мраморность кожи живота, тахикардия, гипотензия, сухой язык.

При пальпации живота могут обнаружить следующие симптомы:

Симптом Керте - ригидность передней брюшной стенки в надчревной области;

Симптом Мейо-Роосона – при вовлечении в процесс хвоста поджелудочной железы отмечается болезненность в реберно-позвоночном углу слева;

Симптом Воскресенского исчезновение пульсации аорты в эпигастральной области;

Симптом Раздольского – болезненность при перкуссии живота в области проекции поджелудочной железы;

Симптом Кача – гиперстезия по около позвоночной линии слева, соответственно сегментам Th VII – IX;

Симптом – Куллена возникновение подкожных гематом в области пупка при остром геморрагическом или некротическом панкреатите;

Симптом Щеткина – Блюмберга – резкое усиление боли в животе при снятии пальпирующей руки с брюшной стенки после легкого надавливания на нее.

1.3 Методы диагностики

Несмотря на весьма солидный срок изучения проблемы заболеваний ПЖ, универсальный диагностический маркер ХП не найден, а диагностика основывается, как правило, на совокупности данных клинического обследования. Лабораторная диагностика ХП:

Клинический анализ крови:



В стадию обострения ХП может проявляться лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, нейтрофилез, ускорение СОЭ. На фоне лечения отмечается быстрая редукция лейкоцитоза и нормализация СОЭ, что является благоприятными клиническими признаками.

Биохимический анализ крови:

Возможное снижение уровня общего белка крови- альбумина, транстиретина, трансферрина и др. Также можно отметить повышение билирубина, холестерина и щелочной фосфатазы, что может быть обусловлено блоком холедоха. У больных алкогольным ХП повышение в крови печеночных проб может быть связано с патологией печени, такими как цирроз, или токсический гепатит.

Общий анализ мочи:

Повышение α -амилазы при обострении, снижение при склерозирующей форме, с нарушением внешнесекреторной функции.

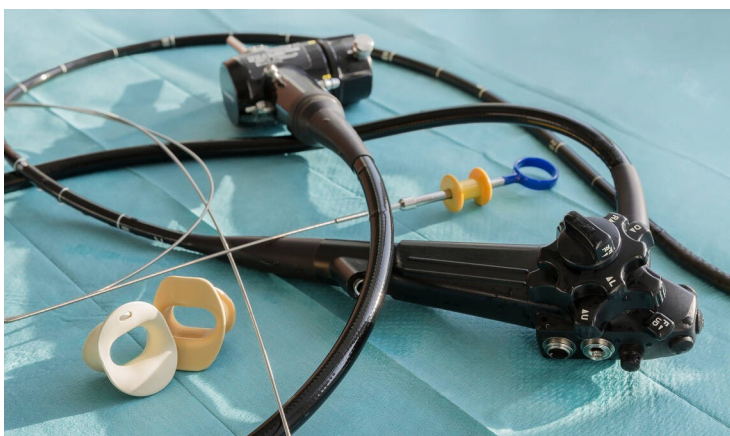
Исследование инкреторной функции поджелудочной железы: толерантность снижена при длительном течении заболевания, особенно при склерозирующем варианте.

Копроцитогамма -мазеподобная консистенция; непереваренная клетчатка; креаторея; стеаторея; амилорея.

Копрологический тест: измерение уровня ЭЛАСТАЗЫ 1- в норме 200 и более мкг/г кала, при панкреатите, он снижен, что свидетельствует об экзокринной недостаточности ПЖ.

Обзорная рентгенография брюшной полости дает возможность в 30-40% случаев обнаружить выраженную кальцификацию в проекции ПЖ, также данное исследование ЖКТ может выявить косвенные признаки наличия объемного образования в ПЖ. Ввиду специфичности и облучения, в качестве скринингового метода она не используется.

Фиброгастродуоденоскопия выявляет косвенные признаки панкреатита: вдавление на задней стенке желудка, сужение и деформацию антрального отдела желудка и 12-перстной кишки, язвы, полипы и воспалительные изменения большого дуоденального сосочка, дивертикулы 12-перстной кишки.

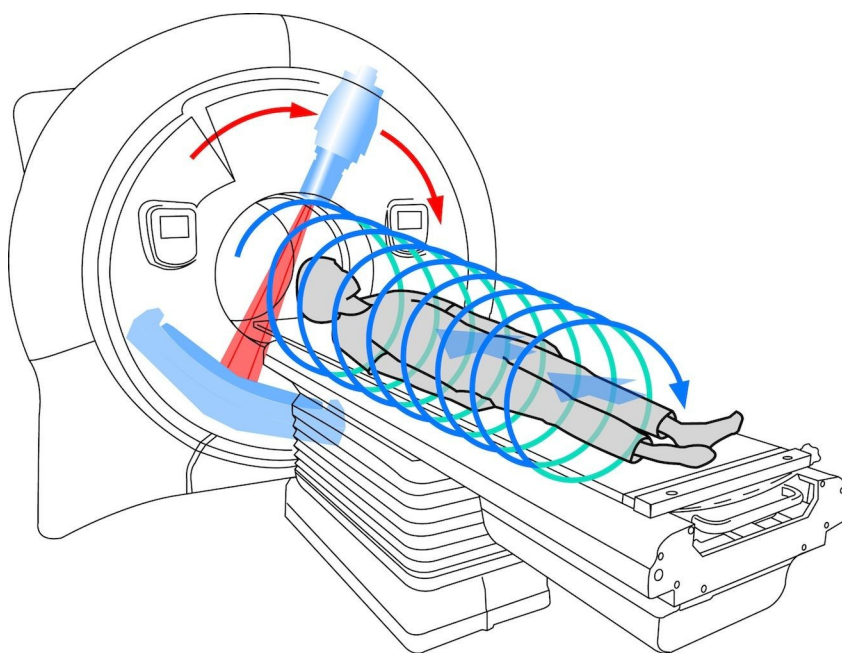


Ультразвуковая эхография как правило, используется в качестве метода первичного скрининга. При проведении узи можно обнаружить: псевдокисты, кальцификацию, псевдокисты, расширение общего желчного протока, воротной и селезеночной вен.



Эндосонография проводится через стенку желудка и 12-перстной кишки. Она позволяет оценить состояние протоковой системы, изучить структуру ткани ПЖ, а также провести дифференциальную диагностику панкреатита с раком ПЖ.

Мультиспиральная компьютерная томография в данный момент времени является методом выбора первичной диагностики ХП. Данные МСКТ показывают атрофия железы, наличие конкрементов в протоках, дилатация ГПП, интра - или перипанкреатические кисты, утолщение перипанкреатической фасции, тромбоз селезеночной вены, неоднородность структуры, нечеткость контуров и увеличение размеров ПЖ



Магнитно резонансная томография указывает снижение интенсивности сигнала при подавлении сигнала от жировой ткани и снижение контрастности.

Эндоскопическое ультразвуковое исследование можно сопоставить с компьютерной томографией, это малоинвазивный метод диагностики, визуализирующий изменения паренхимы и протоков на ранней стадии, а также протоковых аномалий.

Глава 2 ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ.

2.1 Направления профилактики панкреатита

Основные меры профилактики такого заболевания как панкреатит направлены на:

1. Отказ от злоупотребления алкоголем.



Злоупотребление алкоголя один из наиболее главных и весомых среди остальных факторов риска. Наиболее высокий риск развития панкреатита отмечается у людей имеющих пристрастие к спиртным напиткам. Следует помнить, что количество и качество выпитого содержимого не имеет значения, потому что безопасных доз – нет. Даже в самых малых дозах слабой крепости напитка происходят такие изменения в органе как: разрушение клеток железы, отек ПЖ, повреждения, образования камней, и др. Лучший вариант для сохранения своего здоровья является полный отказ от алкогольных напитков. Стоит запомнить, что каждый выпитый глоток, наносит зачастую необратимые повреждения.

2. Отказ от употребления табака.



В современном мире мало кто сомневается, что курение чрезвычайно вредно, но, тем не менее, миллионы людей продолжают курить, выкуривая пачку за пачкой. Сочетание алкоголя вместе с курением имеет особое влияние не поджелудочную железу, так как их эффект взаимно усиливается, хотя и без алкоголя курение оказывает отрицательное влияние: стимулирование желудочной секреции, воспаление и раздражение слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, а так же повреждение клеток железы. Если вы задумываетесь о своем здоровье, то стоит задуматься об отказе от курения.

3. Здоровое питание.



У пациентов, которых нет выраженных проблем с пищеварением - перестраивать свой рацион питания полностью не стоит. В данном случае профилактика сводится к исключению вредных блюд и продуктов: жареное, жирное соленое, слишком острое, кислое. Так же рекомендуется воздержаться от пищи с повышенным содержанием опасных компонентов - усилители вкуса, красители, ароматизаторы, консерванты и другие синтетические добавки. Вышеперечисленные вещества повреждают ткани ПЖ, уменьшают способность регенерировать, и защищаться от внешних воздействий.

4. Здоровый образ жизни.



Для сохранения здоровья поджелудочной железы помогают прогулки на природе, соблюдение режима сна и бодрствования, исключение стрессов, занятия спортом, полноценный отдых.

2.2 Сестринский уход при панкреатите.

Сестринский уход это системный подход в организации любой медсестры или медбрата, который позволяет пациенту получить полный и качественный уход, а медсестре удовольствие от своей работы.

Для оказания средним медицинским персоналом необходимого качественного оказания сестринской помощи нужно придерживаться профессиональных компетенций:

2.1 Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств;

2.2 Осуществлять лечебно – диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса;

2.3 Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами;

2.4 Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования;

2.5 Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделий медицинского назначения в ходе лечебно – диагностического процесса;

2.6 Вести утвержденную медицинскую документацию;

2.7 Осуществлять реабилитационные мероприятия

Основа сестринского ухода при панкреатите состоит в устранении признаков острого состояния, а так же, а так же нормализация состояния пациента. Изначально медицинская сестра должна изучить жалобы пациента к которым чаще всего относятся болевой синдром и диспепсический, а затем собрать анамнез заболевания.

Медицинская сестра должна контролировать уборку санитарок в палатах, проветривание, кварцевание, смену нательного постельного белья, мытье окон, проводить генеральную уборку.

Соблюдение строгой диеты, стол № 5 по Певзнеру:

Запрещены к употреблению-

- 1- жирная рыба, и мясо
- 2- мясные субпродукты
- 3- молочные и кисломолочные продукты с высоким процентом жирности
- 4- свежая выпечка из пшеничной муки, и изделия из ржаной
- 5- сладости
- 6- цитрусовые и фрукты с высоким содержанием кислот
- 7- сладкие газированные напитки
- 8- еда быстрого приготовления и специи

Разрешенные продукты:

- 1- запеканка с вермишелью
- 2- рыбные кнели из нежирной рыбы
- 3- мясной паровой пудинг из не жирной говядины
- 4- тушенное овощное рагу

В целом диета при обостренном течении заболевания предполагает очень щадящий режим питания, после прекращения стадии обострения можно переводить пациентов на легкие супы, каши, пудинги. Пища должна подаваться в теплом виде, дробно (не более 5-6 раз) с употреблением достаточного количества жидкости. Лечебная диета допускает прием продуктов,

позволяющих сделать рацион достаточно вкусным, питательным и, одновременно, полезным и щадящим для поджелудочной железы.

Также медицинская сестра обеспечивает введение лекарственных препаратов по назначению врача: антипротеолитические, спазмолитики, анальгетики, ферментные препараты, анаболики, антибиотики и др.

Правильность проведения диагностических и лабораторных исследований наполовину зависит от качества подготовки пациента к процедуре. Именно медицинская сестра должна объяснить, как правильно подготовиться к сдаче крови, и мочи на анализ, как подготовиться к УЗИ, ФГС, и другим исследованиям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя не утешительные итоги, опираясь на данные литературных источников по заболеванию хронический панкреатит, еще раз хочется отметить, что данное заболевание становится бичом нашего времени, и люди все чаще начинают им болеть по разным причинам, кто то из за неправильного питания, кто то из за частого употребления алкогольных напитков, а также табакокурения, а кто то собирает все аспекты сразу, и с этим надо бороться в первую очередь среднему медицинскому персоналу, так как вся профилактика, донесение важной информации до пациента и его родственников производит именно она. Объясняет, как питаться. О важности физической нагрузке, об отказе употребления алкоголя и табакокурения, и так далее. Ввиду этого гораздо лучше профилактировать, и пропагандировать здоровый образ жизни, чем потом лечить все заболевания.

Список использованных источников и литературы.

1. Козлова Н.М. Хронический панкреатит. [Электронный ресурс] Иркутск: Издательство ИГМУ; 2009. Режим доступа: <https://studfile.net/preview/6234080/>
2. Хронический панкреатит : учеб.-метод. пособие / А. И. Протасевич. – Минск : БГМУ, 2015 [Электронный ресурс] <http://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/7871/366040-бр..pdf?sequence=3&isAllowed=y>
3. Острый панкреатит. Учебное пособие для студентов старших курсов медицинских вузов, клинических интернов и ординаторов. — М.: Издательский дом «Русский врач», 2006. [Электронный ресурс] <https://www.sechenov.ru/upload/iblock/2de/2de21cb6fd9ff8600cdd9d011e5b446e.pdf>
4. Маев И. В., Кучерявый Ю. А. Болезни поджелудочной железы. В 2-х томах // - 2018.
5. Оганнес Зардарян, Константин Михайловский, под ред. Телли Мурадова 2020г [Электронный ресурс] <https://medach.pro/post/2259>
6. Клинические рекомендации РФ 2013-2017 (Россия), МКБ, Гастроэнтерология, [Электронный ресурс] <https://diseases.medelement.com/disease/хронический-панкреатит-рекомендации-рф/15342>
7. Калинин А.В. Хронический панкреатит: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика [Текст]: учебное пособие/ А.В. Калинин. - М.: ЦИУВ МО РФ, 2012.
8. Гурвич, М.М. Диета при заболеваниях органов пищеварения [Текст]/ М. Гурвич. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2006.
9. Коновалов, Е.П. Этиология и патогенез острого панкреатита (обзор лит.) / Е.П. Коновалов // Анналы хирургич. гепатологии. 2000.
10. О классификации хронического панкреатита / В.Т. Ивашкин, А.И. Хазанов, Г.Г. Пискунов [и др.]. – Текст : непосредственный // Клиническая медицина. – 1990.

11. Калинин, А.В. Хронический панкреатит: распространенность, этиология, патогенез, классификация и клиническая характеристика этиологических форм / А.В. Калинин. – Текст : непосредственный // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2006.
12. Буклис, Э.Р. Хронический панкреатит: этиология, патофизиология, терапия / Э.Р. Буклис, В.Т. Ивашкин. – Текст : непосредственный // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2006.