

Сестринский процесс при остром панкреатите

Острый панкреатит – это своеобразный патологический процесс, включающий в себя отек, воспаление, геморрагическое пропитывание и некроз ткани поджелудочной железы.



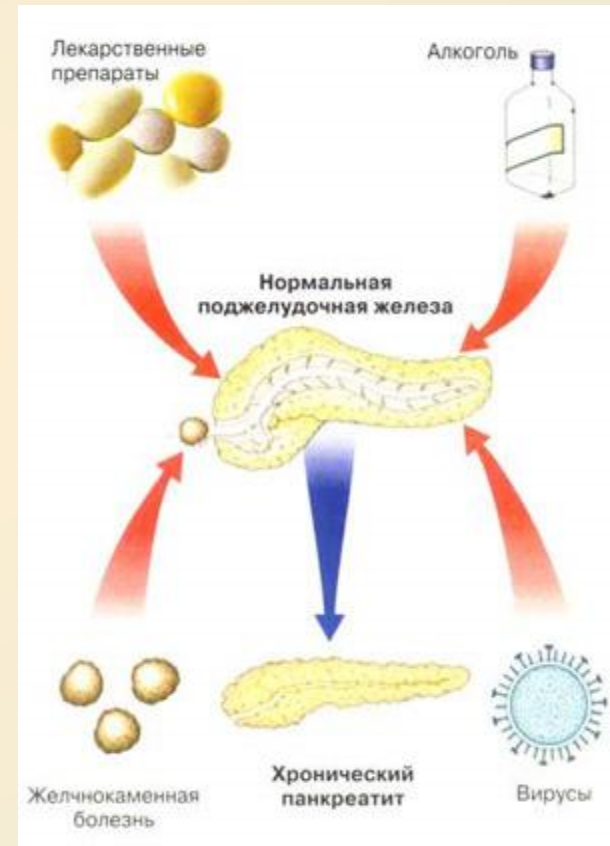
Классификация

Выделяют следующие формы острого панкреатита:
отечная форма,
геморрагический панкреонекроз,
жировой
панкреонекроз.



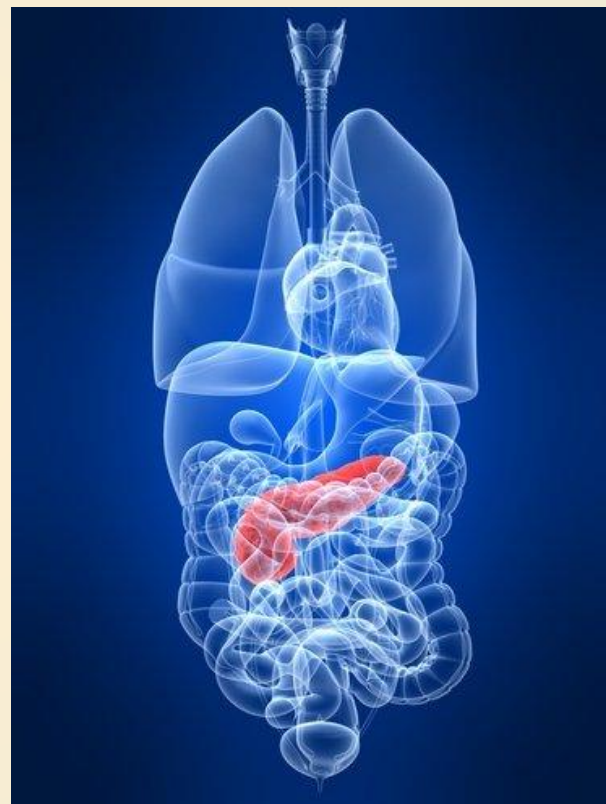
Эпидемиология и этиология

- 25-30 % случаев — у людей с заболеваниями желчевыводящих путей, в том числе желчекаменная болезнь.
- 70 % случаев обусловлено употреблением алкоголя.
- 4-9 % случаев — среди больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
- Также причинами панкреатита могут быть отравления, травмы, вирусные заболевания, операции и эндоскопические манипуляции.



Патогенез

главным механизмом развития острого панкреатита служит преждевременная активация панкреатических ферментов. Под действием трипсина активизируются все зимогены ферментов поджелудочной железы (эластазы, карбоксипептидазы, химотрипсина, фосфолипазы, колипазы), калликреин-кининовая система, изменяется фибринолиз и свертываемость крови, что приводит к местным и общим патобиохимическим расстройствам. Кроме местных нарушений, связанных с патологическим процессом в самой железе, наблюдается общий интоксикационный процесс, приводящий к поражению почек, легких, печени, сердца.



Клиническая картина

За несколько дней до заболевания пациент может почувствовать неприятные ощущения в животе, слабые боли и диспепсические расстройства. Самый постоянный симптом – сильные, режущие боли в эпигастрии и в левом подреберье, приобретаая характер опоясывающих. Одновременно с болями появляется неукротимая рвота, не приносящая облегчения, диспепсические явления, повышение температуры тела. При осмотре у пациента бледное лицо с фиолетовыми кругами под глазами, язык сухой с серо-коричневым налетом, живот вздут и в дыхании не принимает участия. При пальпации живота определяется напряжение брюшной стенки, болезненность в эпигастрии и левом подреберье. При перкуссии – притупление в эпигастральной области. Аускультация живота дает уменьшение или исчезновение перистальтики.



Осложнения

- Часто после перенесенного острого панкреатита образуются псевдокисты поджелудочной железы. Увеличиваясь в размерах и накапливая патологическую жидкость, псевдокиста за счет сдавливания окружающих органов может вызывать боли, нарушение движения пищи в желудке и двенадцатиперстной кишке. Возможно нагноение псевдокисты.
- Иногда отек или склероз в области головки поджелудочной железы приводят к клинической картине, напоминающей сдавление протоков желчевыводящих путей и протока поджелудочной железы (Вирсунгова протока). Подобная картина наблюдается при опухолях головки поджелудочной железы, поэтому такую форму панкреатита называют псевдотуморозной. Нарушение оттока желчи в таких случаях может вызывать механическую желтуху

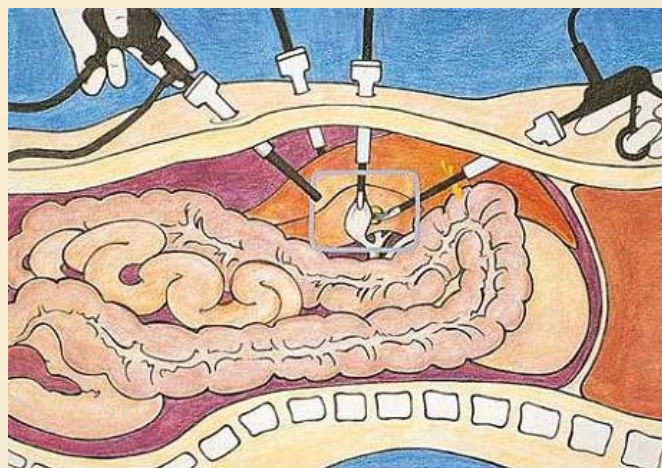


Диагностика

- Помимо стандартных методов физикального обследования, безусловно необходимых для постановки предварительного диагноза, для диагностики используются лабораторные и инструментальные методики.

Лабораторная и инструментальная диагностика

- Биохимические тесты
- УЗИ
- Компьютерная томография (КТ)
- Магниторезонансная томография (МРТ, MRT)
- Лапароскопия
- Ангиография
- Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЭГДС)



Лечение

Консервативное лечение: Пациенту предоставляется покой, Fowlerовское положение в постели, голод в течении 4-5 дней с введением парентерального питания, холод на область поджелудочной железы. Также проводится борьба с болью, устранение ферментативной токсемии путем введения **тразилола** или **контрикала**, введение антиферментных препаратов (плазма, альбумин), дезинтоксикационная и антибиотикотерапия, иммунотерапия и десенсибилизирующая терапия.



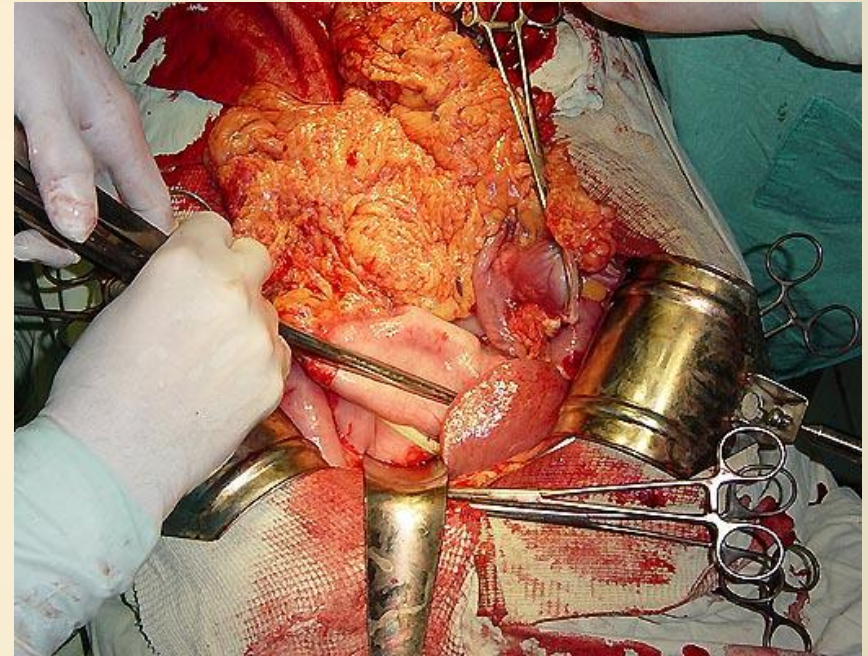
Хирургическое лечение

Хирургическое лечение

- Тактика хирургического вмешательства определяется в первую очередь глубиной анатомических изменений в самой поджелудочной железе.
- Лапароскопию Лапароскопию следует рассматривать как основной метод хирургического лечения. Применение лапароскопии позволяет избежать необоснованных лапаротомий, обеспечить адекватное дренирование и эффективное лечение и обосновать показания к лапаротомии.

Основные виды хирургического вмешательства

- Установка дренажей и проведение перитонеального лаважа-диализа.
- Резекция (обычно дистальных отделов) поджелудочной железы.
- Операция Лоусона (операция «множественной стомы»).
- Оперативное вмешательство не всегда устраняет возможность развития гнойных осложнений. В связи с этим порой возникает необходимость в повторных операциях, что увеличивает послеоперационную летальность. Смерть, как правило, наступает в результате тяжелых септических осложнений и дыхательной недостаточности.



Уход

Для создания покоя поджелудочной железе выполняются следующие мероприятия:

1. Вводится тонкий зонд в желудок и удаляется желудочное и дуоденальное содержимое
2. Желудок промывается холодной щелочной водой
3. На область поджелудочной железы укладывается пузырь со льдом
4. Через рот нельзя принимать ни пищи, ни воды – абсолютный голод в течении 4 – 5 дней, а иногда и больше.
5. После прекращения голода, разрешается пить щелочную минеральную воду, затем некрепкий чай.