

[Мед.Курсовик](#) - быстро, дешево, надежно!

КУРСОВАЯ РАБОТА

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

Выполнила:

студент _ группы, _ курса,
специальность Сестринское дело.

Руководитель:

20__ г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
1. Теоретические особенности острого холецистопанкреатита.....	5
1.1. Анатомо-физиологические особенности желчного пузыря и поджелудочной железы ..	5
1.2. Этиология и патогенез острого холецистопанкреатита.....	7
1.3. Классификация и клиническая картина острого холецистопанкреатита.....	9
1.4. Диагностика острого холецистопанкреатита.....	10
1.5. Лечение острого холецистопанкреатита	12
2. Исследование организации сестринского ухода за пациентами с острым холецистопанкреатитом.....	15
2.1. Организация сестринского ухода за пациентами с острым холецистопанкреатитом ...	15
2.2. Сестринские манипуляции при остром холецистопанкреатите	20
Заключение.....	23
Библиографический список.....	24
Приложение 1	26
Приложение 2	27
Приложение 3	28
Приложение 4	30

ВВЕДЕНИЕ

Холецистопанкреатит – это одновременный воспалительный процесс в поджелудочной железе, желчном пузыре и выносящих протоках. Следует отметить, что желчный пузырь и поджелудочная железа связаны анатомически и функционально. Так, панкреатический сок и желчь выделяются в двенадцатиперстную кишку через единую систему фатерова соска, а также данные процессы имеют общую нервную регуляцию. Нарушение функции или воспаление одного из органов становится причиной изменений в другом. Например, холецистит становится причиной панкреатита в 85% случаев, а вещества, выделяемые клетками поджелудочной железы при панкреатите, могут стать причиной тяжелых форм ферментативного холецистита. По данным НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, острый холецистопанкреатит составляет по отношению к острому холециститу 11,6% и острому панкреатиту – 16%, а у умерших от различных форм панкреатита холецистопанкреатит был выявлен в 17,7% случаев, что говорит о его высокой распространённости в клинической практике.

Обычно клинически острый холецистопанкреатит начинается типичным приступом острого холецистита со всеми его симптомами. Затем появляются признаки острого панкреатита – боль усиливается, становится опоясывающей, присоединяется мучительная рвота, явления динамической кишечной непроходимости, появляются положительные симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона, а позднее появляются признаки интоксикация и перитонита. Для подтверждения диагноза острого холецистопанкреатита используется биохимический анализ крови, копрограмма, УЗИ органов брюшной полости. При трудностях диагностики показаны визуализирующие методы с контрастированием желчных и панкреатических протоков – МР-панкреатохолангиография и ретроградная холангиопанкреатография. Лечение острого холецистопанкреатита проводится в хирургическом стационаре, где продолжается инфузионная терапия, начатая на догоспитальном, однако наличие выраженных патологических изменений двух органов диктует проведение экстренной операции, которая состоит в холецистэктомии, удалении конкрементов из общего желчного протока и его дренировании, а также проводится дренирование брюшной полости, после чего следует реабилитационный этап.

Актуальность темы: острый холецистопанкреатит является одной из актуальных проблем современной хирургии, что обусловлено как значительной частотой его возникновения, так и высокими показателями летальности, особенно при осложненных и деструктивных формах заболевания, которые требуют проведения хирургического лечения и правильной организации сестринского ухода за пациентом, что делает тему данной курсовой работы актуальной в настоящее время.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТА

1.1. Анатомо-физиологические особенности желчного пузыря и поджелудочной железы

Желчный пузырь (*vesica fellea*) – это полый орган, расположенный в передней части правой продольной борозды печени, служит для накопления желчи вне процесса пищеварения (прил. 1). Вместимость желчного пузыря 40–80 мл. В желчном пузыре различают дно, тело и шейку, продолжающуюся в пузырный проток. Стенка желчного пузыря состоит из слизистой, мышечной и серозной или адвентициальной оболочками. Слизистая оболочка образует, спиральные складки и выстлана однослойным призматическим эпителием. Мышечная оболочка образована двумя слоями мышечных волокон. По отношению к брюшине ненаполненный желчный пузырь лежит экстраперитонеально, а наполненный – мезоперитонеально [8, с.25].

Гепатоциты постоянно образуют желчь, по желчным протокам желчь поступает в междольковые проточки, далее – в сегментарные протоки, а из них желчь направляется в секторальные протоки. Последние формируют соответственно долям правый и левый печеночные протоки. При слиянии правого и левого печеночных протоков формируется общий печеночный проток, который сливается с пузырным протоком, образуя общий желчный проток. Общий желчный проток сливается с протоком поджелудочной железы и формируется печеночно – поджелудочная ампула, которая открывается в двенадцатиперстной кишке на большом сосочке и в этом месте расположен сфинктер Одди.

Вне процесса пищеварения желчь накапливается в желчном пузыре и концентрируется, она теряет до 80% воды. При поступлении пищи в двенадцатиперстную кишку уже концентрированная желчь выбрасывается в общий желчный проток за счет сокращения мышечной оболочки пузыря. Во время процесса пищеварения она поступает сразу в общий желчный проток, минуя пузырь.

Желчь – это продукт секреции печеночных клеток, представляет собой жидкость золотисто – желтого цвета, имеющую щелочную реакцию. За сутки образуется 0,5–1 л желчи. Желчь состоит на 97,5 % воды и 2,5 % сухого остатка. Основными компонентами сухого остатка являются желчные кислоты, пигменты и холестерин. Среди желчных пигментов различают билирубин и биливердин, которые придают желчи характерную окраску. Пигменты желчи образуются из гемоглобина, который освобождается после разрушения эритроцитов. Кроме, того в желчи содержатся муцин, жирные кислоты, неорганические соли, ферменты и витамины. Секреция желчи осуществляется непрерывно. Различают пузырную и печеночную желчь. Пузырная желчь темная, имеет вязкую и тягучую консистенцию [3, с.34-35].

2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

2.1. Организация сестринского ухода за пациентами с острым холецистопанкреатитом

Основой организации сестринского ухода при остром холецистопанкреатите заключается в проведении медицинской сестрой сестринского процесса – это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей.

Целью сестринского процесса при остром холецистопанкреатите является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей его организма.

Цель сестринского процесса при остром холецистопанкреатите осуществляется путем решения следующих задач:

- создание базы информационных данных о пациенте;
- выявление потребностей пациента в медицинском обслуживании;
- обозначение приоритетов в медицинском обслуживании;
- составление плана ухода и обеспечение ухода за пациентом в соответствии с его потребностями;
- определение эффективности процесса ухода за пациентом и достижение цели медицинского обслуживания данного пациента.

Сестринский процесс при остром холецистопанкреатите состоит из пяти этапов:

Первый этап – сестринское обследование, которое проводится двумя методами:

- субъективный метод – это данные, которые помогают медсестре составить представление о личности пациента;
- объективный метод – это осмотр, который определяет статус пациента в настоящее время.

Проводя сестринское обследование пациентов с острым холецистопанкреатитом медицинская сестра выявляет:

1. Жалобы пациента на:

- сильную боль в области живота, отдающая влево и распространяющаяся вверх;
- рвота, после которой не наступает облегчение;
- вздутие живота и запоры;
- головная боль.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении работы над данной курсовой работой необходимо отметить, что острый холецистопанкреатит – это сочетанное поражение желчного пузыря и поджелудочной железы, которое является одной из актуальных проблем современной хирургии, что обусловлено как значительной частотой его возникновения, так и высокими показателями летальности, особенно при осложненных и деструктивных формах заболевания.

Диагноз острого холецистопанкреатита ставится на основании клинической картины и подтверждается инструментальными и лабораторными исследованиями, в частности повышенным содержанием а-амилазы в моче, однако оно зависит от того, в какой период заболевания его определяют: наиболее выгодны для диагностики первые двое суток. В некоторых случаях острого холецистопанкреатита при поступлении больного уровень амилазы в моче бывает в норме, хотя клиническая картина заболевания указывает на патологический процесс в поджелудочной железе. В настоящее время отсутствует единый алгоритм лечения больных с острым холецистопанкреатита, однако его необходимо начинать с комплекса терапевтических лечебных мероприятий, применяемых при остром холецистите и панкреатите и если терапевтические мероприятия не дают эффекта, то больных необходимо прооперировать.

Основой организации сестринского ухода при остром холецистопанкреатите заключается в проведении медицинской сестрой сестринского процесса – это системный подход к оказанию профессиональной медицинской помощи, направленный на восстановление здоровья пациента, исходя из его потребностей. Целью сестринского процесса при остром холецистопанкреатите является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей его организма.

Все цели и задачи курсовой работы были достигнуты, актуальность темы исследования была раскрыта в полном объеме.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Агафонов Н.П., Башилов В.П. Хирургическое лечение острого холецистопанкреатита / под ред. Н.П. Агафопова, В.П. Башилова - Кремлевская медицина. Клинический вестник, 2020. – 25 с.
2. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии: учебное пособие / под ред. Н.В. Барыкиной, В.Г. Зарянской – 13–е изд. – Ростов н/Д.: Феникс, 2021. – 447 с.
3. Большаков О.П., Семенов Г.М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Практикум / под ред. О.П. Большакова, Г.М. Семенова – СПб, 2021. – 880 с
4. Вашетко Р.В. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / под ред. А.Д. Толстого, А.А. Курыгина и др. - Руководство для врачей: «Питер», 2020. – 320 с.
5. Василевич А.П. Хирургическая тактика при остром холецистопанкреатите / под ред. В.Б. Стрижевского, А.В. Есепкина и др. - Материалы XXI Пленума Правления общества хирургов, Минск, 2018. – 390 с.
6. Грошилина В.С. Диагностика болезней хирургического профиля: учебник / под ред. В.С. Грошилина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 356 с.
7. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины: учебное пособие для медицинских сестер / под ред. Н.Н. Иоскевич, А.А. Кишкун - М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 720 с.
8. Калинин А.В. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. – М.: Миклош, 2017. – 602 с.
9. Лычев В.Г. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / под ред. В.Г. Лычев, В.К. Карманов – М.: Форум - Инфра – М, 2019 – 402 с.
10. Мельников И.А. Питание при заболеваниях поджелудочной железы (панкреатите) / под ред. И.А. Мельникова. - ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 76 с.
11. Мышкина Л.В., Шкатова Е.Ю., Мухачева Е.А. Эффективность обучающих сестринских технологий в повышении качества жизни пациентов / под ред. Л.В. Мышкиной - Вятский медицинский вестник, 2019. – 225 с.
12. Надинская М.Ю. Методы исследования функции поджелудочной железы / под ред. М.Ю. Надинской – Российский журнал гастроэнтерологии и колопроктологии, 2019. – 29 с.
13. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела: практика сестринского дела / под ред. Т.П. Обуховец - Ростов-на-Дону: Феникс, 2018. – 428 с.
14. Сединкина Р.Г. Сестринское дело в терапии / под ред. Р.Г. Сединкина - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 335 с.

Строение желчного пузыря

