

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(**Н И У « Б е л Г У »**)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
ПРОФИЛАКТИКЕ ПАНКРЕАТИТА**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051612
Гречихиной Алины Владимировны**

Научный руководитель:
преподаватель Кравцова Т.В.

Рецензент: старшая медицинская
сестра дневного стационара ОГБУЗ
«Кожно-венерологический
диспансер» г. Белгород
С.И. Стаменова

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	6
1.1. Этиология и основные причины развития панкреатита.	6
1.2. Основные симптомы панкреатита.	10
1.3. Основные направления профилактики панкреатита.	15
1.4. Деятельность медицинской сестры в ЛПУ, направленная на профилактику панкреатита.....	24
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПАНКРЕАТИТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г. БЕЛГОРОДА...	27
2.1. Характеристика базы исследования.	27
2.2. Анализ результатов исследования уровня осведомленности жителей об основных направлениях профилактики панкреатита.....	27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	40

ВВЕДЕНИЕ

Важность профилактики заболеваний отмечал В.В. Путин, говоря о приоритетном национальном проекте «Здоровье». Национальный проект «Здоровье» действует с 2005 года, основной его целью является осуществление комплекса мероприятий, направленных на формирование у населения культуры здоровья, повышение мотивации к его сохранению, формированию паспорта здоровья. Усиление профилактической направленности здравоохранения, иммунизации населения в рамках национального календаря. Ведение активного медицинского просвещения, снижения масштабов алкоголизма и наркомании, а также проведение всеобщей диспансеризации населения.

В современном мире панкреатит иногда называют болезнью социального благополучия. Люди, проживающие в городской среде и больших мегаполисах, в силу своего ритма жизни все меньше уделяют внимания своему питанию. Перекусы на бегу, фаст-фуды, большое количество жирной, жареной пищи, продуктов, богатых консервантами, уменьшение количества свежих овощей и фруктов, переедание, малоподвижный образ жизни, все это способствует возникновению заболеваний связанных с желудочно-кишечным трактом, в том числе и такого заболевания как панкреатит. Свою весомую лепту в развитие этого заболевания вносит и бесконтрольное употребление алкоголя и никотина.

Актуальность исследования заключается в увеличении количества людей, страдающих данным заболеванием на территории России. Статистический анализ общей заболеваемости поджелудочной железой населения Российской Федерации, Белгородской области и города Белгорода за период 2013 - 2017 гг. предоставлен в таблице (Приложение 1). Анализ полученных данных проведен с помощью статистического метода, на основе информации предоставленной ОГКУЗ "Медицинский информационно-аналитический центр". Исходя из данного анализа, мы можем сказать, что за последние 5 лет в РФ отмечается тенденция к увеличению роста заболеваемости среди населения. В

статистическом анализе общей заболеваемости поджелудочной железой у населения Белгородской области можно сказать о небольшом росте заболеваемости. В городе Белгороде до 2015 года наблюдалось повышение заболеваемости, а начиная с 2016 года, наблюдается небольшое снижение. Исходя из представленных данных, можно заметить, что динамика заболеваемости поджелудочной железой среди населения достаточно нестабильна. Поэтому, можно с уверенностью сказать, что деятельность по профилактике панкреатита среди населения является достаточно важным аспектом профессиональной деятельности медицинской сестры.

Основная цель исследования - оптимизировать работу медицинской сестры по основам профилактики болезни панкреатит с использованием современных информационно-коммуникационных технологий.

Для достижения указанной цели были определены следующие задачи:

- провести теоретический анализ данных по проблеме болезни панкреатит;
- провести анкетирование среди населения г. Белгорода на предмет информированности о болезни панкреатит;
- выработать рекомендации по профилактике болезни панкреатит;
- предложить способ информирования населения о профилактике панкреатита путём создания веб-страницы.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный (сравнительный) метод;
- социологический метод - анкетирование;
- статистический метод - статическая обработка информации;
- разработка, создание и публикация веб-страницы.

Предмет исследования - деятельность медицинской сестры по профилактике панкреатита в современном ЛПУ.

Объект исследования: население г. Белгорода в возрасте от 18 до 55 лет и

старше (40 человек).

Практическая значимость работы – оптимизация деятельности медицинской сестры в ЛПУ по профилактике панкреатита, проведении пропаганды здорового образа жизни.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. Этиология и основные причины развития панкреатита.

Панкреатит - это группа заболеваний, при которых наблюдается воспаление поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит - это две основные формы заболевания, которые встречаются в клинической практике.

Острый панкреатит - острое воспалительно-дистрофическое заболевание железистой ткани поджелудочной железы с нарушением проходимости ее протоков, последующим развитием склероза паренхимы, утратой внутрисекреторной и внешнесекреторной функции органа. Основным механизмом развития острого панкреатита - самоактивация ферментов поджелудочной железы, которые до этого находились в форме проферментов с последующим аутолизом (самоперевариванием) как самой ткани железы, так и жировой ткани, входящей в состав стромы и прилегающей к железе. Наряду с изменениями в самой железе (отек, кровоизлияния, некроз) происходит выброс в кровь и лимфу активных ферментов с последующим их повреждающим действием других органов и тканей [8]. Острый панкреатит развивается вследствие повышения давления в протоках железы при закупорке камнем, при спазме сфинктера Одди, забросе желчи, предварительной активации ее ферментов. Это приводит к агрессивному воздействию ферментов на ткань железы - самоперевариванию железы. При некрозе поджелудочной железы ее ферменты могут поступать в окружающие ткани и кровь, в тканях возникает некроз, а попадание ферментов в кровь может приводить к коллапсу, падению АД, возникновению участков некроза в тканях [5].

Острый панкреатит является хирургической патологией, болеют и молодые и пожилые, смертность составляет около 50%.

По происхождению острый панкреатит может быть первичным и вторичным. В зависимости от вида экссудата выделяют следующие

разновидности панкреатита:

- серозный - имеет относительно благоприятное течение (отек, серозное воспаление);
- геморрагический - неблагоприятное течение, панкреонекроз.

Острый геморрагический панкреатит. Среди этиологических факторов наиболее значимым является рефлюкс желчи (камни, спазм сфинктера Одди, на фоне приема алкоголя). Происходит самопереваривание поджелудочной железы, развивается некроз поджелудочной железы - панкреонекроз.

Ткань пропитывается геморрагическим экссудатом и подвергается некрозу, формируется воспалительная инфильтрация. Характерно формирование очагов некроза в железе и жировой клетчатке вплоть до забрюшинной [6].

По этиологии острый панкреатит может быть инфекционным (вирусы, бактерии) и неинфекционным (алкоголь и другое). Факторами риска являются желчнокаменная болезнь, патологические изменения внепеченочных желчных путей, злоупотребление алкоголем и особенно его суррогатами, лекарственными средствами, травмы, операции, биопсии, ожирение, аллергические состояния, стероидная терапия, генетические факторы, а также различные заболевания двенадцатиперстной кишки, сопровождающиеся нарушениями дуоденальной проходимости.

Неблагоприятные факторы развития острого панкреатита: возраст старше 55 лет, лейкоцитоз более 16 000 в 1 мкл, гипергликемия более 11 ммоль/л, острая почечная недостаточность и задержка жидкости (более 6 л) [4].

Заболевание начинается остро и в большинстве случаев провоцируется приемом обильной жирной или острой пищи и алкоголя [12].

Хронический панкреатит - длительное прогрессирующее воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями [2]. Хронический панкреатит может развиваться в стадии обострения и стадии ремиссии. Чередование обострений и

ремиссии обусловлено самоактивацией ферментов с последующим аутолизом ткани поджелудочной железы. Постепенно развивается фиброз поджелудочной железы с ее обызвествлением [8].

Панкреатит протекает с периодическими обострениями, некрозами участков паренхимы, которые заканчиваются формированием ложных кист. В просвете протоков могут формироваться белковые преципитаты, камни, нарушающие внутрипротоковую проходимость, что приводит к преждевременной активации пищеварительных ферментов, повреждению клеток железы. Эти процессы могут усиливать повышение давления в общем желчном протоке и двенадцатиперстной кишке, также препятствующее выделению пищеварительных ферментов из протоков поджелудочной железы [3].

Частота заболеваемости хроническим панкреатитом по данным многочисленных исследований варьирует в широких пределах. Распространенность в Европе составляет 25,0-26,4 случаев на 100 тыс. населения, в России - 27,4-50 случаев на 100 тыс. населения. В мире наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, за последние 30 лет - более чем в 2 раза. В развитых странах средний возраст с момента установления диагноза снизился с 50 до 39 лет, среди заболевших на 30% увеличилась доля женщин. Первичная инвалидизация больных достигает 15%. Смертность после первичного установления диагноза хронический панкреатит составляет до 20% в течение первых 10 лет и более 50% - через 20 лет. 15-20% больных хроническим панкреатитом погибают от осложнений, связанных с атаками панкреатита, другие - вследствие вторичных нарушений функции пищеварения и инфекционных осложнений. Двухлетний анамнез у больных хроническим панкреатитом повышает риск развития рака поджелудочной железы в 5 раз [9].

Среди этиологических факторов и факторов риска развития хронического панкреатита выделяют:

▪ употребление спиртных напитков. Установлена прямая зависимость между продолжительностью употребления алкоголя, у 70-80% заболевших хроническим панкреатитом наблюдается хронический алкоголизм. Алкоголь и его метаболиты могут повреждать ткань поджелудочной железы; вызывать выделение панкреатического сока с большим содержанием белка литостатина, который осаждаётся в протоках железы в виде белковых пробок (конкрементов), нарушающих отток секрета [11];

▪ химические вещества. Лекарственные вещества с "агрессивным" действием, а также органические растворители. Среди лекарственных препаратов с таким действием выделяют: азатиоприн, гипотиазид, эстрогены, парацетамол, цисплатин, сульфаниламиды, кортикостероиды, метронидазол, фуросемид, тетрациклин, сульфосалазин;

▪ недоедание. Отмечено, что развитие хронического панкреатита связано с потреблением менее 30г. жира и 50г. белка в сутки. У детей риск развития панкреатита может возникнуть из-за недоедания матерей в период беременности;

▪ обструкция протоков. Состояния связанные с развитием обструктивного хронического панкреатита - наличие конкрементов, травмы, ложные опухоли и кисты, гипертрофия сфинктера Одди;

▪ иммунологические факторы. может возникнуть аутоиммунный панкреатит в сочетании с синдромом Шегрена, воспалительными заболеваниями кишечника и другими аутоиммунными болезнями [2];

▪ врожденные и приобретенные заболевания желчевыводящих путей, способствующие развитию осложнений желчнокаменной болезни;

▪ изолированный аутоиммунный хронический панкреатит, или развитие этого же процесса на фоне других аутоиммунных заболеваний, протекающих с преимущественно фиброзно-склеротических процессов; □

▪ врожденные дефекты, передающиеся по аутосомно-доминантному пути и сопровождающиеся нарушениями секреции [11].

1.2. Основные симптомы панкреатита.

Наиболее частым симптомом острого панкреатита служит боль, которая возникает из-за алиментарных погрешностей после относительно продолжительного голодания. Боль сверлящая, ноющая, давящая различной локализации: в эпигастральной области, правом подреберье, левой половине живота, грудной клетке, за грудиной, по всему животу, опоясывающая. Характерна иррадиация болей: в левую лопатку, область сердца, левую половину поясницы. Вместе с болью или в первые часы возникает рвота, которая носит неукротимый характер. Иногда она может быть кровавой. Развиваются эксикоз (обезвоживание и токсикоз), парез кишечника, метеоризм, запоры, поносы, желудочно-кишечные кровотечения. Повышается температура тела до фебрильной. Отмечают бледность и сухость кожи, желтушность, цианоз лица, кожи живота и области пупка. При пальпации - резкая болезненность в эпигастральной области слева от пупка или во всей верхней половине живота. Печень чаще увеличена, болезненна. В крови нарушение свертывающей и фибринолитической системы, лейкоцитоз, повышение протромбинового индекса, увеличение СОЭ, концентрации С-реактивного белка, амилазы. При ухудшении общего состояния больного возможно развитие шока, анурии, нарушения сознания [8].

Выраженность общих симптомов тесно связана с тяжестью острого панкреатита, которая в значительной степени определяет его прогноз.

При осмотре определяются признаки общей интоксикации (сухой язык, тахикардия, мраморность кожи живота и конечностей, гипотензия). При исследовании живота выявляют:

- боль при поверхностной пальпации в верхней половине живота;
- напряжение мышц;
- симптом Керте - локальное вздутие по ходу поперечной ободочной кишки и напряжение в эпигастрии;
- симптом Мейо-Робсона - локализация болей в левом реберно-

позвоночном углу;

- симптом Воскресенского - отсутствие пульсации брюшной аорты;
- симптом Кулена - резкий цианоз пупка и кожи вокруг него;
- симптом Грюнвальда - петехии вокруг пупка и на ягодицах вследствие тяжелого поражения сосудов;
- симптом Холстеда - желтушная окраска и бледность вокруг пупка, цианоз кожи;
- симптом Щеткина-Блюмберга (перитонит) - усиление болей в момент резкого отнятия производящей давление руки.

Выраженность болевого синдрома при остром панкреатите может уменьшаться по мере увеличения длительности основного заболевания, приведшего к его развитию [4].

Острый панкреатит входит в число опасных патологий с высокой вероятностью тяжелых осложнений. Последствия от нелеченного либо не до конца вылеченного воспаления могут приводить к смерти больного из-за сепсиса, перитонита. Если вовремя не снять приступ болезни, может развиваться состояние шока с последующей полиорганной недостаточностью.

После перенесенного приступа в поджелудочной железе могут образовываться ложные кисты — ограниченные скопления жидкости в паринхиматозном слое. Опасность псевдокист — в постепенном разрушительном влиянии на структуру органа и желчевыводящие протоки. На фоне самопроизвольного разрыва кист и истечения жидкости может развиваться асцит.

Не менее грозным осложнением является перерождение клеток поджелудочной в раковые, что дает начало опухолевому процессу. Частым негативным последствием оперативного вмешательства является образование панкреатических свищей — патологических сообщений железы с близкорасположенными органами. Есть данные о развитии приступов психических расстройств на фоне острого воспаления поджелудочной.

При инфицировании воспаленной ткани железы бактериями, обитающими в тонком кишечнике, возможен некроз участков железы и возникновение абсцессов. Это состояние без своевременного лечения (вплоть до хирургического вмешательства) может закончиться летальным исходом.

Хроническая форма заболевания приводит к нарушению функционирования поджелудочной железы. Негативные изменения в органе продолжаются даже после устранения первопричины заболевания (например, при желчнокаменной болезни удален желчный пузырь). Поражение поджелудочной железы при остром панкреатите имеет обратимый характер, а при хроническом течении — ткани железы нельзя восстановить. При остром панкреатите железа отекает или в ней происходит омертвление ткани, а при хроническом — ее дистрофические изменения. Главное отличие хронического панкреатита — в истощении паренхимы и разрастании соединительной ткани. Постепенно развивается хронический атрофический панкреатит.

Клиническая картина хронического панкреатита характеризуется болевым и диспепсическим синдромами, признаками экзокринной недостаточности поджелудочной железы (полифекалия, стеаторея, похудание), симптомами сахарного диабета.

Болевой синдром - ведущее клиническое проявление хронического панкреатита. Боль чаще возникает через 1,5-2 часа после приема обильной жирной или острой пищи, алкоголя. Иногда боли могут появляться через 6-12 часов после погрешности в еде или через 48-72 часа после приема больших доз алкоголя. Появление боли может быть через несколько минут после приема холодных газированных напитков.

Продолжительность болей различна - от нескольких минут до 3-4 часов. Локализация болей зависит от места поражения поджелудочной железы:

- при поражении головки боль локализуется в правом подреберье;
- при поражении тела - в эпигастральной области;
- при поражении хвоста - в левом подреберье;

- при поражении всех трех отделов боль принимает опоясывающий характер.

Характерные проявления диспепсического синдрома - упорная тошнота, снижение или отсутствие аппетита, при тяжелом обострении - рвота, которая не приносит больному облегчения.

Рецидивирующая форма. В фазе ремиссии беспокоят периодические боли в подложечной области и верхней половине живота (при поражении головки - в эпигастральной области справа, хвоста - в эпигастральной области слева или левом подреберье, при тотальном поражении - боли опоясывающего характера).

Причина болей - камни протока поджелудочной железы, дискинезии протоков поджелудочной железы при погрешностях в диете, употреблении в пищу продуктов, стимулирующих секреторную функцию железы, - алкоголь, жареные, острые, жирные блюда.

Боли длительные, умеренной интенсивности, давящего, жгучего, сверлящего характера, сопровождаются тошнотой и рвотой. У большинства больных отмечают снижение работоспособности, быструю утомляемость, нарушение сна, раздражительность, повышение температуры тела, ознобы, похудение.

Характерны диспепсические нарушения - снижение аппетита, вздутие живота, чувство тяжести в подложечной области после еды, послабление стула. Язык влажный, обложен белым налетом. При пальпации живота - болезненность в месте проекции поджелудочной железы. В фазе обострения боли становятся постоянными, порой нестерпимыми. Появляется многократная рвота, не облегчающая состояние, желтуха, частое расстройство стула (поносы). При лабораторном исследовании - лейкоцитоз, увеличение содержания амилазы, трипсина, липазы; в моче - увеличение содержания амилазы.

Болевая форма. Постоянные боли в левой половине живота с иррадиацией в левую половину поясницы, грудной клетки, область сердца. Отмечают вздутие и тяжесть в животе, периодические поносы, значительную потерю веса.

Латентная форма. Длительно протекает без выраженного болевого синдрома с последующим нарушением секреции. Развивается бродильно-гнилостная диспепсия, метеоризм, поносы [8].

От характера течения заболевания так же зависит проявление основных симптомов заболевания. Различают:

- Легкое течение. Характеризуется редкими обострениями (1-2 раза в год). Обострения чаще связаны с погрешностями в диете, перееданием, потреблением алкоголя, интеркуррентной инфекцией. Для обострения характерны усиление болевого синдрома, появление диспепсических расстройств, синдрома панкреатической гиперферментемии, который выявляют при проведении лабораторных методов исследования. Вне обострения лабораторные показатели и индекс массы тела находятся в пределах нормы.

- Среднетяжелое течение. Характеризуется обострениями до 4 раз в год и проявляется типичным болевым и умеренным диспепсическим синдромом. При проведении лабораторных методов исследования выявляют гиперферментемию и умеренные нарушения функций поджелудочной железы (изменение характера стула, стеаторея, креаторея по данным копрограммы, латентный сахарный диабет). При инструментальном исследовании (УЗИ, компьютерная томография) выявляют признаки поражения поджелудочной железы. В период ремиссии сохраняются болевой синдром, внешнесекреторная, а иногда и инкреторная недостаточность, снижается индекс массы тела, сохраняется астенизация.

- Тяжелое течение. Характеризуется частыми рецидивами до 6-7 раз в год, упорным болевым синдромом, диспепсическими расстройствами (панкреатическая диарея), резким нарушением пищеварения. Характерны выраженное нарушение внешнесекреторной недостаточности, развитие сахарного диабета, кист поджелудочной железы, прогрессирующее истощение и внепанкреатические осложнения: панкреатогенный выпотной плеврит, панкреатогенная нефропатия, вторичные дуоденальные язвы, вовлечение в

процесс селезенки.

При тяжелом течении в период относительной ремиссии клиникофункциональные изменения остаются выраженными или резко выраженными [3].

Ранними осложнениями являются: обтурационная желтуха вследствие нарушения оттока желчи, портальная гипертензия, внутренние кровотечения вследствие изъязвления или прободения полых органов ЖКТ, инфекции и инфекционные осложнения (абсцесс, парапанкреатит, флегмона забрюшинной клетчатки, воспаление желчных путей).

Осложнения системного характера: мультиорганные патологии, функциональная недостаточность органов и систем (почечная, легочная, печеночная), энцефалопатии. С развитием заболевания могут возникать кровотечения пищевода, снижение массы тела, сахарный диабет, злокачественный новообразования поджелудочной железы.

1.3. Основные направления профилактики панкреатита.

Поджелудочная железа – это одна из важнейших желез эндокринной системы, что выполняет сразу несколько функций в организме. Она синтезирует панкреатический сок, что незаменим при процессе переваривания пищи и также вырабатывает гормон инсулин, который регулирует уровень глюкозы в крови.

Именно поэтому хроническое воспаление этой железы крайне опасно, ведь оно может привести к сахарному диабету.

Профилактика этого воспаления включает в себя несколько главных пунктов, которых следуют придерживаться не один год, а всю жизнь. Именно тогда они смогут вас уберечь от этого серьезного заболевания.

Профилактика панкреатита очень важна не только для тех людей, у которых уже диагностирована болезнь, но и для тех, кто находится в группе риска. Она включает в себя достаточно много пунктов.

При проведении профилактики панкреатита, должны организовываться санитарно-просветительные мероприятия среди населения, профилактические беседы с пациентами находящимися в группе риска: о причинах заболевания, его симптомах, значении систематического приема лекарственных препаратов, важности соблюдения здорового образа жизни, принципов рационального питания, диеты и режима питания, умеренной физической нагрузки, отказа от вредных привычек, важности своевременного обращения к специалистам.

Рекомендуется представлять пациентам с панкреатитом, а также членам их семей или опекунам (по мере необходимости) письменную и устную информацию после установления диагноза о следующем:

- что такое панкреатит и какие исследования и процедуры могут быть выполнены с представлением информации с помощью диаграмм/рисунков;
- генетическом консультировании, генетическом тестировании, риске для других членов семьи при наследственных формах панкреатита и панкреатите у детей;
- о долгосрочных последствиях панкреатита, включая воздействие на качество жизни человека о рисках, связанных с курением или употреблением алкоголя;
- где пациенты/родственники могут найти надежную высококачественную информацию по интересующим вопросам после консультации у врача ;
- в каких случаях (в каких фазах заболевания) лечение панкреатита не требуется, а в каких ситуациях требуется лечение многопрофильной командой;
- рекомендации по питанию, включая применение заместительной терапии поджелудочной железы, если необходимо;
- куда пациент должен обращаться в последующем за соответствующими советами, включая эпизоды обострения;
- рекомендации по обращению за психологической помощью при необходимости;

- информацию о том, кто имеет право и каким образом получить пособие по социальному обеспечению, помощь в области образования и занятости, а также услуги по инвалидности [7].

Первичная профилактика панкреатита поможет избежать возникновения заболевания, а вторичная сократит число рецидивов заболевания.

Деление панкреатита на острый и хронический условно, так как это фазы одного и того же процесса - дисфункции выводных протоков поджелудочной железы, которые протекают с разной скоростью и силой. Поэтому вторичная профилактика будет отличаться от первичной, лишь ужесточением соблюдаемых мер.

Опираясь на результаты ряда экспериментальных, эпидемиологических и пилотных исследований, эмпирический многолетний опыт в первую очередь с целью профилактики хронического панкреатита можно рекомендовать следующие мероприятия по модификации образа жизни с целью профилактики панкреатита:

- дробное питание (4-5 раз в день, равномерными порциями с одинаковым распределением жирсодержащих продуктов в рационе), отказ от переедания;

- употребление разнообразной пищи с низким содержанием насыщенных жиров и холестерина (нерафинированные растительные жиры несколько ограничиваются только у лиц с избыточной массой тела);

- выбор рациона с достаточным количеством пищевых волокон, содержащихся в зерновых продуктах, овощах и фруктах;

- найти баланс между количеством принимаемой пищи и физической активности (для стабилизации веса со стремлением к идеальной массе тела с поправкой на возраст) [10].

При первичной профилактике панкреатита необходимо сформировать у населения правила:

- рационального питания;

- ведения здорового образа жизни;
- исключение вредных привычек;
- санирования очагов хронической инфекции;
- своевременное лечение болезней желудка, желчевыводящей системы, кишечника [8].

С учетом роли пищевых факторов в первичной профилактике панкреатита необходимо следовать алгоритму рекомендаций по здоровому питанию:

- употребление разнообразной пищи;
- баланс количества принимаемой пищи с физической активностью;
- поддержание нормального веса тела;
- выбор рациона с большим количеством зерновых продуктов, овощей и фруктов;

- выбор пищи с низким содержанием жира, насыщенных жиров и холестерина;

- выбор пищи с умеренным содержанием сахара;

- выбор пищи с умеренным содержанием поваренной соли;

- отказ или употребление небольших доз алкогольных напитков;

- отказ от курения.

Вторичная профилактика панкреатита, направлена на устранение факторов, способствующих рецидивированию и/или прогрессированию уже возникшего заболевания, проводится в рамках диспансерного наблюдения.

Диспансерное наблюдение за пациентами с риском развития панкреатита осуществляется в поликлинике у терапевта и гастроэнтеролога с четким соблюдением преемственности между указанными специалистами, а при необходимости, и с хирургом.

Основной алгоритм наблюдения за пациентами по программе реабилитации:

- активный вызов пациентов 2-4 раза в год в зависимости от тяжести заболевания (с легким течением заболевания наблюдаются участковым

терапевтом 2 раза в год; средней тяжести и тяжелым течением находятся на активном наблюдении у гастроэнтеролога. Контрольное обследование проводится 3-4 раза в год);

- оценка общего состояния пациентов, жалоб и физикальных данных;
- проведение контрольных обследований, включая исследования в динамике ферментов поджелудочной железы в сыворотке крови, концентрации сахара крови, скрининг синдромов мальдигестии/мальабсорбции (полное копрологическое исследование, исследование кала на эластазу), проведение УЗИ поджелудочной железы и желчевыводящей системы;
- проведение курсов противорецидивного лечения, диетотерапии, фитотерапии;

В профилактике обострений панкреатита большое значение имеет исключение напитков, содержащих алкоголь, отказ от курения и своевременная санация желчевыводящих путей с устранением дисфункциональных расстройств билиарного тракта, раннее выявление калькулезного холецистита и своевременное оперативное лечение [13].

Важным аспектом первичной профилактики заболевания является необходимость исключения алкогольной продукции.

Сегодня в рационе каждого современного человека присутствует определенная доля алкогольных напитков. Для кого-то нормальным явлением стало регулярное употребление больших доз алкоголя, для некоторых достаточно малого количества по праздникам.

Злоупотребление спиртными напитками - один из главных факторов риска развития панкреатита. Большой вред поджелудочной железе наносит каждодневное, либо частое употребление спиртного, причем в независимости от крепости напитка и его количества.

Молекулы этилового спирта, в независимости от количества, повреждают клетки поджелудочной железы, вызывая патологические изменения (отеки, образование кальцинатов), приводящие к воспалительному процессу.

Поэтому следует уменьшить количество употребляемого спиртного к минимуму, а лучше и вовсе отказаться от его употребления.

Полный отказа от табачной продукции. Никотин и смолы также негативно действуют на поджелудочную железу. Никотин вызывает чрезмерную стимуляцию желудочной секреции, раздражает и воспаляет слизистые оболочки органов желудочно-кишечного тракта.

У пьющих и курящих людей панкреатит и обострение хронической формы развивается намного чаще, чем у людей без вредных привычек.

Ведение здорового образа жизни также уменьшает риск воспаления поджелудочной железы. Оно предполагает исключение стресса, регулярные прогулки, сбалансированные физические нагрузки и нормализацию сна.

Соблюдению диеты и режиму питания должно уделяться должное внимание, поскольку это способно предотвратить возникновение патологии и обострение уже имеющегося заболевания.

Сладкая и жирная пища вынуждает работать поджелудочную в усиленном режиме, что как следствие приводит к появлению панкреатита. Также плохо сказывается на организме, когда человек ест еду большими порциями, а значит, свой ежедневный рацион лучше всего разбить на пять-шесть приемов пищи.

Людям находящимся в группе риска развития панкреатита следует придерживаться следующего принципа разделения продуктов:

- Разрешено употребление:
 - отварных, приготовленных на пару или тушеных овощей;
 - овощных супов без белокочанной капусты;
 - молочных с крупами первых блюд;
 - супов на вторичном мясном бульоне;
 - постного мяса (птица или рыба) в отварном виде, приготовленного на пару - как профилактика острого панкреатита;
 - отварной лапши, вермишели;
 - каш;

- омлета;
- творожных запеканок;
- сухих бисквитов, мармелада, галетного печенья, зефира, пастилы;
- неострого и нежирного сыра;
- некислых молочных продуктов;
- пшеничного хлеба;
- меда (1-2 ложки в день);
- яблок сладких сортов;
- компотов, киселя, некрепкого чая.

Строго ограничено употребление:

- жирных мясных бульонов;
- острых блюд и приправ;
- копченостей;
- консервации;
- жирной рыбы – сом, семга, кефаль;
- икры;
- глазированных сырков и жирной сметаны;
- ржаного хлеба и кондитерских изделий;
- кофе, крепкого чая, какао, газированных напитков, кваса;
- citrusовых;
- репы, редиса шавеля;
- фаст-фуда;
- инжира, винограда, фиников;
- сваренных вкрутую яиц, блюд с цельными яйцами, жареных яиц;
- козьего молока [2].

Многие медикаменты также способны спровоцировать обострение болезни или вызывать воспалительный процесс в поджелудочной железе. Следует знать в качестве профилактики, какие лекарственные средства разрешено принимать только под строгим врачебным контролем:

- противоэпилептические препараты;
- наркотические анальгетики;
- оральные контрацептивы;
- иммунодепрессивные препараты;
- мочегонные средства;
- стероиды;
- статины;
- антибактериальные лекарства;
- противомикробные сульфаниламидные группы;
- парацетамол;
- препараты для снижения высокого кровяного давления;
- антидиабетические средства;
- иммуностимуляторы.

Панкреатит так же может развиваться у детей, особенно если есть сопутствующие причины, в виде наследственности, неправильного рациона и режима.

Чтобы исключить вероятность развития болезни, потребуется с малых лет ребенка учить правильно, питаться, вести здоровый образ жизни.

Родителям надо не только рассказывать о необходимости этих мер, но и на своем примере показывать все действия.

Детей до 1 года рекомендуется кормить не искусственными смесями, а грудным молоком. Этот период должен длиться максимально долго, поскольку кормление грудью и свойства молока дают возможность правильно развиваться ребенку, его пищеварительной системе. Именно это является лучшей профилактикой для детей от болезней ЖКТ.

Когда начинается период ввода прикорма, то надо использовать советы докторов, а также ВОЗ.

Разрешается использовать только допустимые продукты, которые говорят педиатры в ходе консультирования и осмотра малышей. Строго запрещено

использовать продукты, тяжелые для ЖКТ или аллергены.

Для ребенка от 2 лет и в подростковом возрасте потребуется организовать правильное питание.

Оно не должно быть острым или жирным, от жареных блюд и сладостей нужно отказаться. Запрещено кормить детей полуфабрикатами и пищей быстрого приготовления.

Среди напитков надо отдавать предпочтение натуральным средствам, которые делаются дома. Сладкие газировки могут стать причиной панкреатита и других нарушений ЖКТ.

Вторичная профилактика направлена на предупреждение формирования хронического панкреатита, начиная лечением первичного появления болезни. Профилактика хронического панкреатита осуществляется исключительно вторичными мерами, ведь болезнь уже установлена. Избежать рецидивов получится, соблюдая правила:

- полного исключения алкоголя и табачной продукции;
- соблюдение строгой диеты (стол №5);
- защита организма от вирусных инфекций;
- лечение внутренних органов, взаимодействующих с железой;
- отдых в санатории;
- питье негазированной минеральной воды (вне обострения);
- обследование (УЗИ, анализ крови, мочи и кала) не реже двух раз в год.

Для эффективной профилактики хронического панкреатита также можно надеяться на состоятельность идеи о тотальном диспансерном наблюдении населения с целью своевременного выявления патологии желчевыводящих путей, гиперлипидемии, стигматов скрытого злоупотребления алкоголем и тому подобное [10].

При хроническом характере заболевания пациенту следует придерживаться профилактических мер на протяжении всей его жизни. Это, как уже было сказано выше, в первую очередь это отказ от алкоголя, курения, а

также немаловажный фактор – соблюдение строго рациона.

1.4. Деятельность медицинской сестры в ЛПУ, направленная на профилактику панкреатита.

Основное направление в работе медицинской сестры - это профилактика заболевания у лиц с факторами риска и ранняя постановка на диспансерный учет пациентов с уже выявленными признаками панкреатита.

Профилактическое направление деятельности медицинской сестры подразумевает несколько пунктов. Медицинская сестра принимает участие в проведении первичной профилактики:

1. Формирование у населения представлений о здоровом образе жизни как о единственно верном способе надолго сохранить здоровье:

- повышение знаний населения о влиянии на здоровье экзогенных и эндогенных факторов способствующих развитию заболевания поджелудочной железы;

- формирование интереса к занятиям спортом, ЛФК, туризмом;

- борьба с курением, употреблением спиртных напитков и наркотических веществ;

- санитарно-гигиеническое воспитание населения – привитие навыков сбалансированного питания, личной гигиены.

2. Участие в программах по предупреждению отдельных заболеваний способствующих развитию заболевания:

- профилактика заболеваний печени, желчного пузыря, желудка и кишечника.

3. Участие в общеоздоровительных мероприятиях.

Медицинская сестра также принимает активное участие в мероприятиях, связанных с вторичной профилактикой панкреатита:

1. Создание тематических «Школ здоровья» для пациентов и их близких:

- мониторинг потребности населения в оздоровительных мероприятиях,

разработка программ их проведения;

- информирование больных о заболевании панкреатит и факторах риска его развития, осложнений и обострения;

- формирование чувства ответственности пациента за сохранение своего здоровья, активного и разумного отношения к своему заболеванию, мотивации к выздоровлению, приверженности к лечению;

- формирование практических навыков анализа факторов и причин, влияющих на состояние здоровья, обучение составлению плана активного оздоровления;

- формирование навыков и умений по снижению негативного воздействия на здоровье поведенческих факторов риска (питание, двигательная активность, отказ от вредных привычек, избегание стрессовых ситуаций), а также навыков самоконтроля состояния здоровья, оказания доврачебной помощи в случае обострения заболевания.

2. Оказание медико-психологической помощи пациентам с тяжелой формой заболевания.

3. Участие в проведении профилактических осмотров и диспансеризации населения:

- заполнение первичной медицинской документации с учетом всех необходимых сведений в рамках дополнительной диспансеризации трудящегося населения;

- участие в проведении дополнительной диспансеризации неработающих пенсионеров;

- оформление документации для направления пациентов на консультации к узким специалистам;

- оформление документов по экспертизе временной нетрудоспособности согласно установленному порядку и документации для прохождения медико-социальной экспертизы;

- оформление заключения о необходимости направления пациентов на

санаторно-курортное лечение (по показаниям).

- проведение обучающих занятий с пациентами страдающими заболеваниями поджелудочной железы и членами их семьи , по организации ухода в период обострения заболевания или реабилитации.

Таким образом можно сделать вывод, что профилактическая деятельность медицинской сестры в предотвращении заболеваний поджелудочной железы у населения играет немаловажную роль. А своевременное и качественное выполнение этой работы поможет существенно снизить показатели заболеваемости панкреатитом.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ПАНКРЕАТИТА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г. БЕЛГОРОДА

2.1. Характеристика базы исследования.

Исследование проводилось на базе районной поликлиники «Полимедика» федеральной сети поликлиник, оказывающих помощь в системе ОМС, расположенной по адресу: г. Белгород, ул. Макаренко, д. 12. Поликлиника расположена в удобном месте, недалеко от жилых массивов улицы Почтовая, Макаренко. Рядом расположена остановка общественного транспорта, также имеется достаточно удобная парковка для личного транспорта. Персонал поликлиники приветливый, доброжелательный. В поликлинике осуществляется консультативно-диагностическая и лечебно-профилактическая помощь населению микрорайона Крейда. на базе поликлиники находятся 2 отделения: взрослое и детское. Во взрослом отделении принимают участковые терапевты, и большинство узких специалистов (хирург, гинеколог, оториноларинголог, офтальмолог, невролог, эндокринолог, онколог). Также в поликлинике предусмотрены кабинеты для проведения инструментальных исследований методом функциональной диагностики, рентген, УЗИ, холтеровское мониторирование, и кабинеты для забора анализов на лабораторные исследования. Запись на прием к врачу осуществляется в регистратуре по просьбе пациента. Также можно записаться и самостоятельно через Интернет. Возле кабинетов узких специалистов имеются информационные стенды «Физическая активность», «Алкоголь», «Диабет», «Гипертония», «Курение», «Ожирение и лишний вес», «Здоровое питание» и т. д.

2.2. Анализ результатов исследования уровня осведомленности жителей об основных направлениях профилактики панкреатита.

Начальным этапом нашего исследования стала беседа с медицинской

сестрой в регистратуре поликлиники. Которая нам сообщила, что на данный момент в поликлинике нет штатной единицы врача-гастроэнтеролога, поэтому пациентам, пришедшим с жалобами на проблемы с желудочно-кишечным трактом оказывается консультативно-диагностическая и лечебно-профилактическая помощь врачом терапевтом. Терапевт назначает пациенту прохождение всех необходимых методов обследований для точного установления диагноза и назначает лечение. В случае если выписанное терапевтом лечение оказывается неэффективным, пациентов направляют к врачу-гастроэнтерологу в консультативную поликлинику Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа, для назначения результативного метода лечения.

Следующим этапом исследования стал письменный опрос пациентов, ожидавших приема врача-терапевта. В течение нескольких дней мы провели небольшое анкетирование пациентов. В ходе анкетирования было проанализировано 40 анкет (Приложение 2), заполненных жителями города Белгорода, пришедших на консультацию в районную поликлинику Полимедика.

В исследовании участвовали жители города, которые ожидали приема врача-терапевта. В основном это были жители микрорайона, которые по месту проживания относились к данной поликлинике. Возраст респондентов распределился следующим образом (Рис. 1):

- от 18 до 20 лет – 22,5%;
- от 21 года до 35 лет – 40%;
- от 36 года до 45 лет – 12,5%;
- от 46 года до 55 лет – 20%;
- старше 55 – 5%.

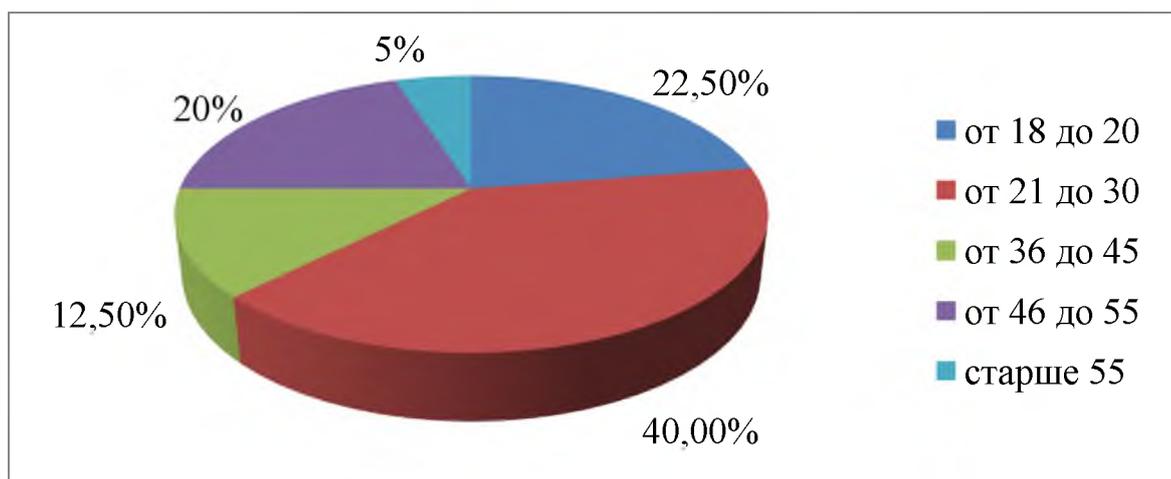


Рис. 1 Возраст респондентов

Таким образом, большая часть опрошенного населения относится к молодым людям. Лица от 46 до 55 лет составили 20% (8 человек).

По половому признаку оказалось больше мужчин – 52,5%, чем женщин – 47,5% (Рис. 2). Это можно объяснить тем, что большая часть мужского населения в момент исследования проходила плановый медицинский осмотр.

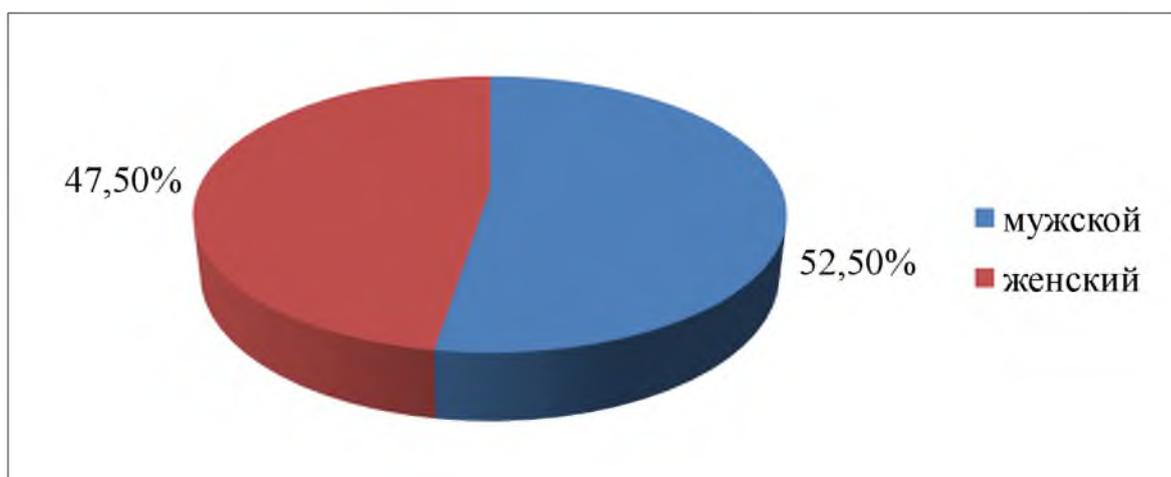


Рис. 2. Пол респондентов

В ходе дальнейшего опроса мы попытались выяснить, как наши респонденты характеризуют свое питание. Анализ результатов показал, что 60% опрошенных не считают свое питание сбалансированным, 32% считают, что они питаются рационально, и 8% затрудняются ответить на этот вопрос (Рис. 3).

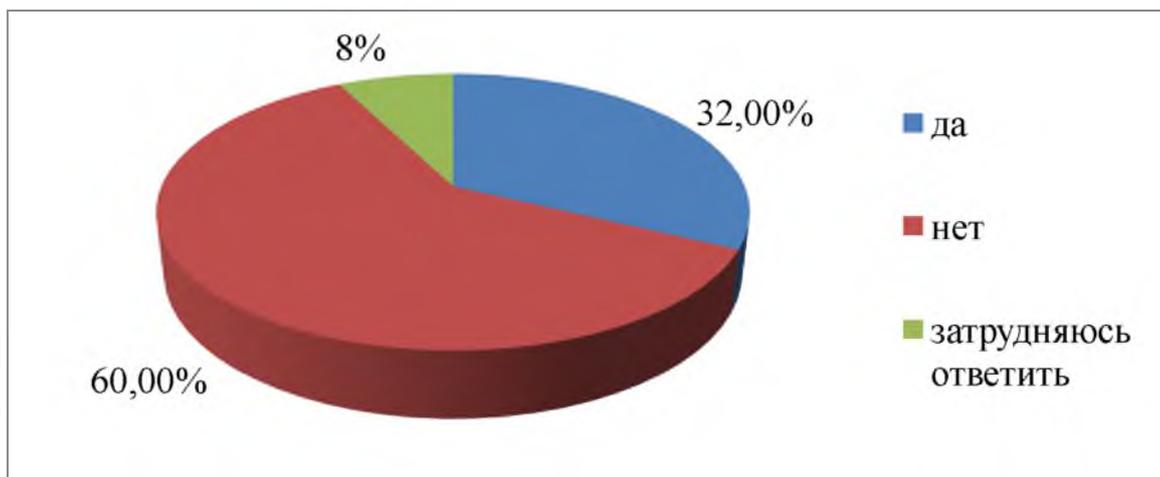


Рис. 3. Можете ли Вы назвать свое питание сбалансированным?

Наличие вредных привычек является одним из факторов риска возникновения заболеваний поджелудочной железы. Их наличие характерно для значительной части современного общества. Согласно данным нашего опроса - 47,5% респондентов имеют вредные привычки, а 52,5% ответили, что не имеют их (Рис. 4). Нужно отметить, что это большая часть среди исследуемых.

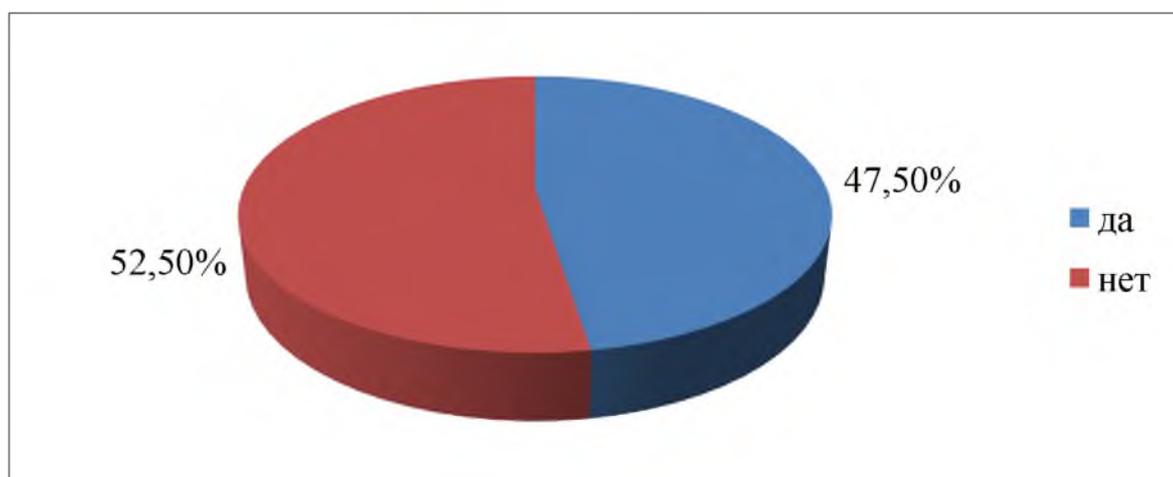


Рис. 4. Наличие вредных привычек

На вопрос о наличии избыточной массы тела положительный ответ дали 35% опрошенных, не имеют избыточной массы тела 65% респондентов (Рис. 5).

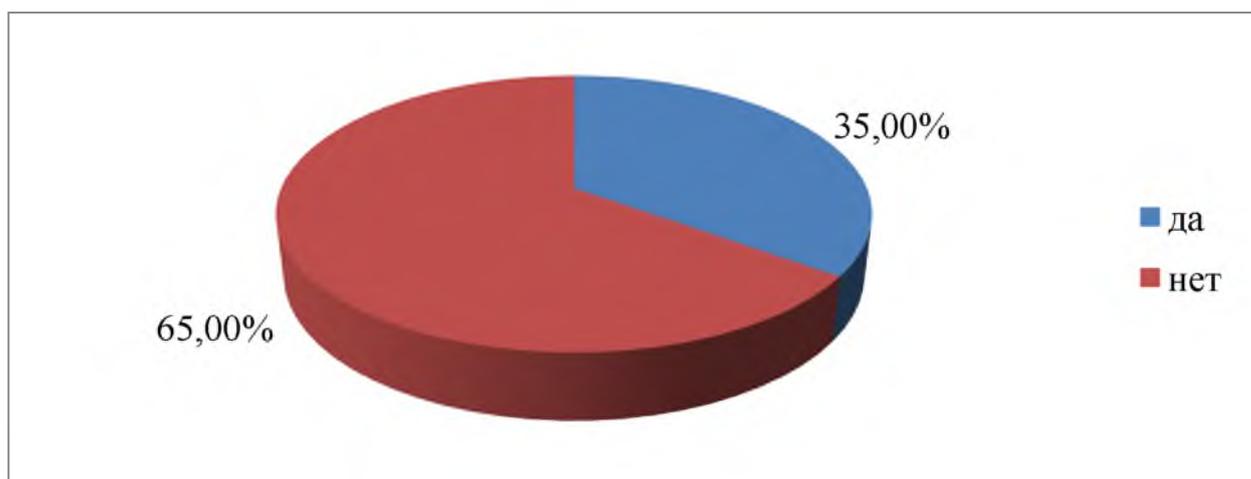


Рис. 5. Наличие избыточной массы тела

Дальнейший опрос показал, что для наших респондентов самолечение является частым явлением у 27,5%, а 72,5% респондентов указали, что для них редко характерно самолечение. Вариант "затрудняюсь ответить" не выбрал ни один из опрошенных респондентов (Рис. 6). То есть можно сделать вывод, что при наличии тревожных симптомов, характерных для нарушения здоровья, наши пациенты в большинстве случаев обращаются к специалистам.

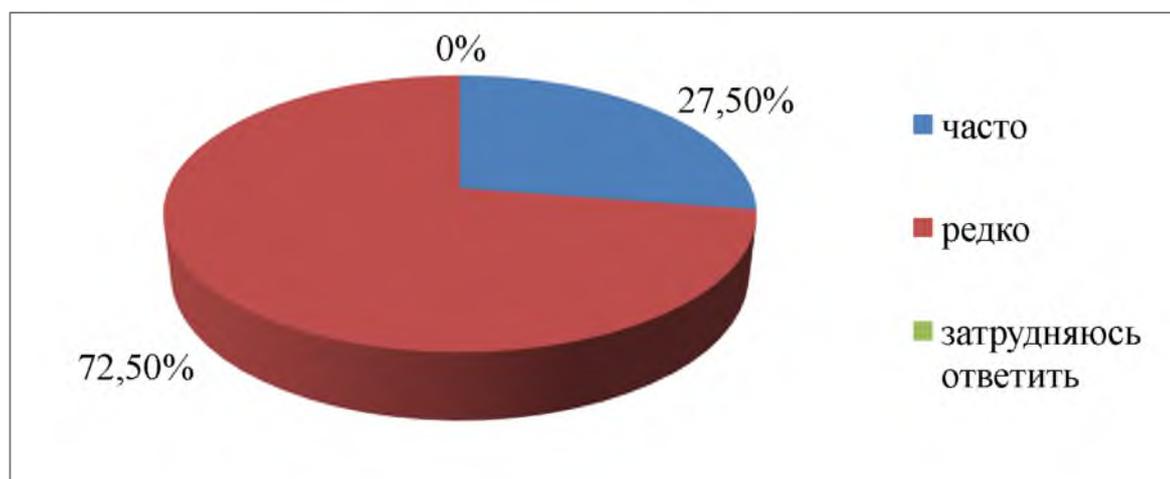


Рис. 6. Характерно ли для Вас самолечение?

Заболевание панкреатит для большинства наших респондентов оказалось малознакомым. В частности ответили, что хорошо знают о нем 35% опрошенных, знают поверхностно – 60% и впервые столкнулись с таким

названием – 5% (Рис. 7).

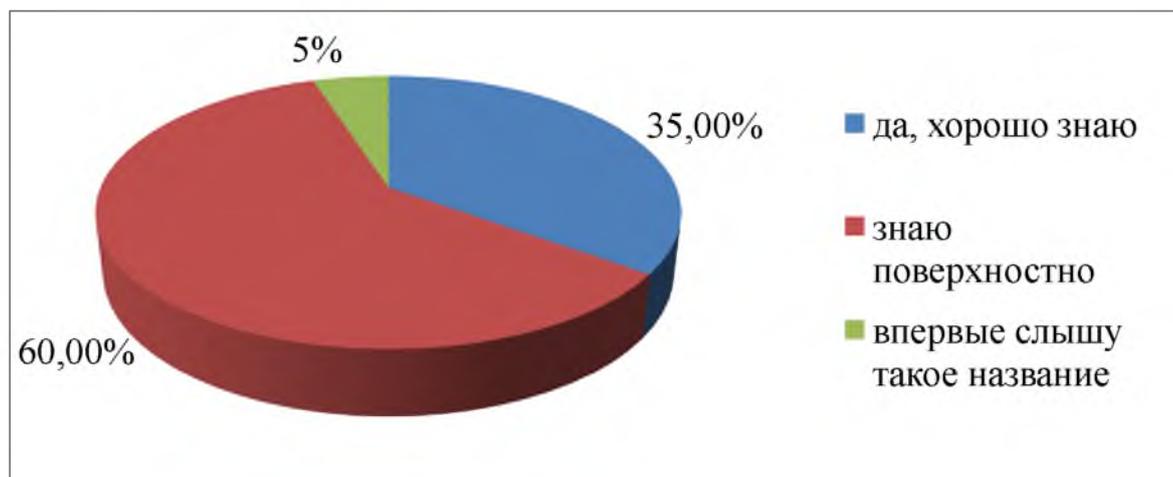


Рис. 7. Знаете ли Вы, что такое панкреатит?

Об основных причинах панкреатита знают 32,5% опрошенных, 40% - не знают ничего о факторах риска, а 27,5% респондентов указали, что знают о причинах панкреатита поверхностно (Рис. 8).

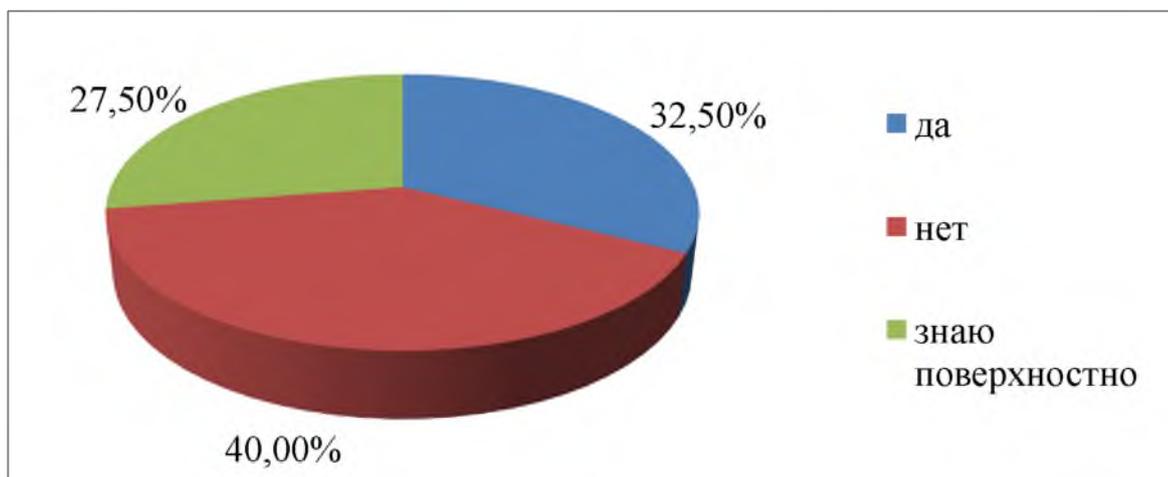


Рис. 8. Знаете ли Вы об основных причинах панкреатита?

Симптоматика данного заболевания также оказалась мало знакома для большинства опрошенных: 47,5% указали, что знают об основных симптомах панкреатита, а 52,5% не осведомлены о них (Рис. 9).

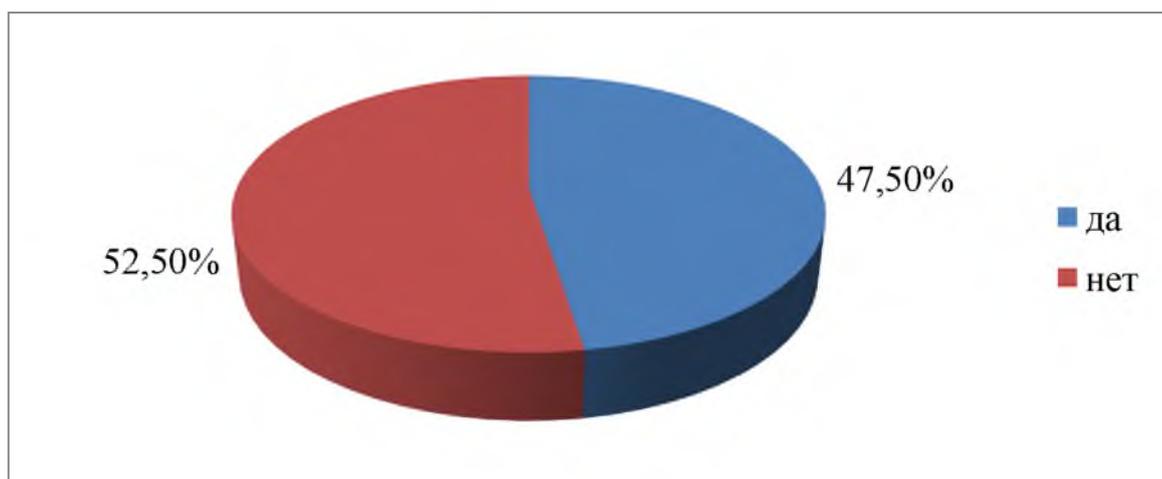


Рис. 9. Знаете ли Вы об основных симптомах панкреатита

Следующим вопросом нашей анкеты был вопрос о регулярности посещения врача. Большинство опрошенных - 40% указали, что посещают врача терапевта, гастроэнтеролога реже раза в год, один раз в пол года врача посещают 25% респондентов, 22,5% - посещают врача раз в год, и 12,5% указали, что посещают врача раз в месяц (Рис. 10).

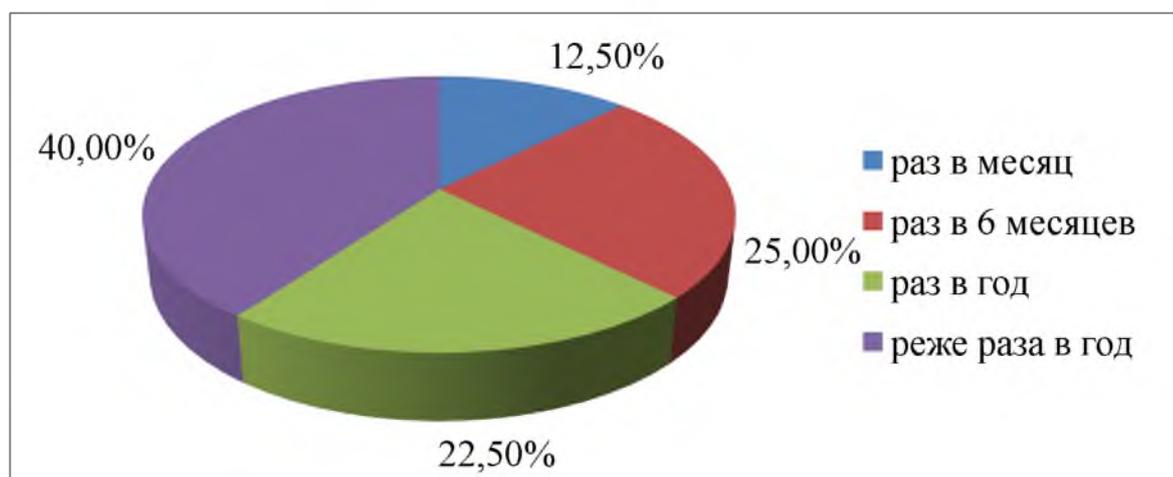


Рис. 10. Частота посещения врача терапевта, гастроэнтеролога

На вопрос о том, интересна ли дополнительная информации о панкреатите, положительно ответили 65%, 5% - выбрали отрицательный ответ, и 30% не смогли ответить на данный вопрос (Рис. 11).

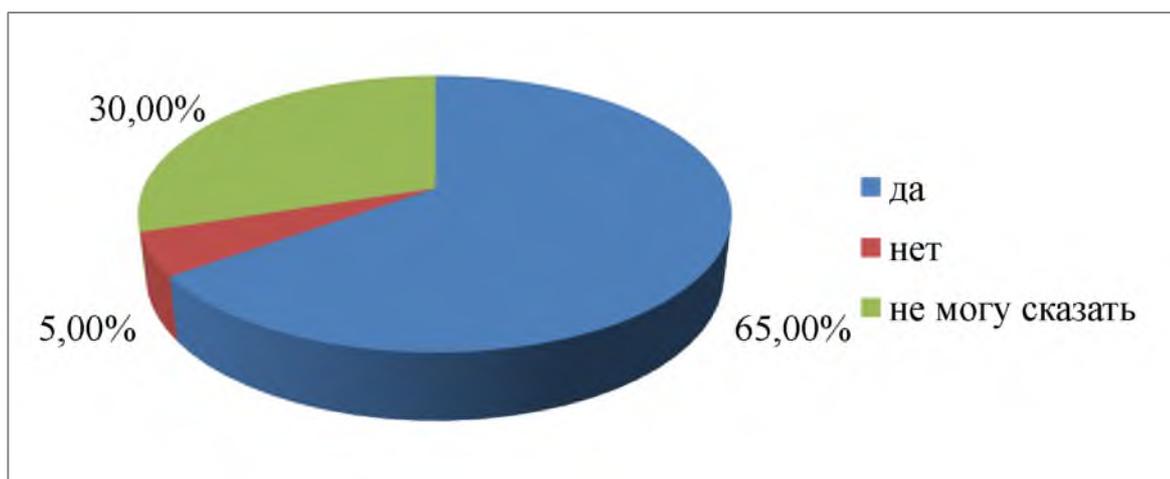


Рис. 11. Интересна ли Вам данная информация?

Подводя общий результат исследования можно сделать вывод, что для определенной части современного общества характерны вредные привычки, несбалансированное питание, избыточная масса тела. Кроме того результаты исследования показали, что подавляющая часть населения достаточно редко посещает врача. Данную группу можно отнести к группе риска. Заболевание панкреатит является достаточно частым среди возрастной группы в возрасте старше 45 лет. Кроме того, мы видим, что для большинства респондентов являются абсолютно неизвестными симптомы панкреатита. Это говорит о том, что при наличии первых симптомов данного заболевания, человек не станет сразу обращаться к врачу, а попытается самостоятельно их сгладить. Также мы увидели значительную часть населения, которая занимается самолечением и крайне редко посещает врача. В целом можно сделать вывод, что проведение ранней профилактики заболевания панкреатитом позволит значительным образом снизить процент заболеваемости.

В ходе исследования мы также увидели, что большинство посетителей поликлиники это люди среднего возраста, которые могут использовать интернет ресурсы как источник информации и предложенная информация по профилактике ряда заболеваний, которая может быть размещена на официальных сайтах ЛПУ окажется для них доступной и весьма полезной. Кроме того, наличие информационных памяток, санбюллетеней также является

необходимым условием профилактической деятельности медицинского работника. Учитывая полученные результаты, нами была разработана web-страница для пациентов, использующих интернет-ресурсы как основной источник информации о заболевании панкреатит. В ней указана основная информация о причинах, симптомах и факторах риска заболевания панкреатитом, а также приведен примерный список разрешенных и запрещенных к употреблению продуктов. Страница размещена на официальном сайте медицинского колледжа медицинского института НИУ «БелГУ» (https://medcollege.bsu.edu.ru/web/diplom_grechihina/).

Стоит отметить, что такая информация может быть так же размещена на официальных сайтах ЛПУ, в разделе «Информация для пациента». Необходимо помнить, что информация должна быть в доступной форме, изложена понятным языком для того, чтобы человек любого возраста мог использовать ее в своей жизни. Она может обновляться, актуализироваться с учетом времени.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Панкреатит – тяжелая патология, способная сильно ухудшить жизнь человека. Благодаря возможностям современной медицины и большому открытому доступу информации для широкой массы населения, своевременно начатая профилактика данного заболевания становится приоритетным звеном в работе медицинской сестры.

Опираясь на данные изученных литературных источников, были установлены основные модифицируемые факторы риска, на которых должны быть выстроены главные принципы профилактики панкреатита: несоблюдение правил здорового образа жизни, курение и употребление спиртных напитков, бесконтрольное употребление большого количества жареной и жирной пищи, малоподвижный образ жизни, несвоевременное обращение к врачам-специалистам, запущенные заболевания желудочно-кишечного тракта. Чем раньше начать осуществление профилактических мер, тем выше вероятность предотвращения возникновения данного заболевания.

На основании проведенного анкетирования были сделаны следующие выводы: больше половины респондентов не считают свое питание сбалансированным, а это является приоритетным фактором риска развития панкреатита. Опрос показал, что чуть меньше половины опрошенных не имеют вредных привычек, но в целом результаты примерно равны, поэтому наличие вредных привычек также является опасным фактором риска развития заболевания.

Большинство опрошенных выразили заинтересованность в информации о заболевании панкреатит, и так как основная масса респондентов это люди молодого и среднего возрастов, они хорошо владеют возможностями поиска информации используя сеть интернет. Поэтому специально для этой категории пациентов была разработана web-страница, в которой указываются причины, симптомы панкреатита и способы его предупреждения. Данная web-страница была размещена на официальном сайте Медицинского колледжа НИУ "БелГУ"

и также может быть размещена на официальных сайтах ЛПУ г. Белгорода в разделе «Информация для пациента» и использоваться в работе медицинской сестры.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ефремова О.А. Хронический панкреатит: учебно-методическое пособие [Текст] / О.А. Ефремова, О.А. Болховитина; рец.: К.Ф. Макконен, Т.А. Романова, М.И. Чурносков ; М-во образования и науки РФ, НИУ БелГУ - Белгород : ИД Белгород, 2016. - 47 с.

2. Конев, В. Диета при панкреатите (воспаление поджелудочной железы) [Электронный ресурс] / В. Конев // MEDSIDE.RU // Москва, 2017. - Режим доступа: <https://medside.ru/dieta-pri-pankreatite-vozpalenie-podzheludochnoy-zhelezyi>

3. Медико-социальная деятельность [Электронный ресурс] / под ред. С.Н. Пузина, М.А. Рычковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441039.html>

4. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе [Электронный ресурс] : учебник / А. Л. Вёрткин, Л. А. Алексанян, М. В. Балабанова и др. ; под ред. А. Л. Вёрткина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435793.html>

5. Основы патологии [Электронный ресурс] : учебник / Митрофаненко В.П., Алабин И.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437704.html>

6. Основы патологии: этиология, патогенез, морфология болезней человека [Электронный ресурс] : учебник / Е.Л. Казачков [и др.]; под ред. Е.Л. Казачкова, М.В. Осикова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440520.html>

7. Панкреатит: рекомендации NICE (2018) [Электронный ресурс] / И. В. Самородская / Терапевтическая служба Министерства здравоохранения Российской Федерации. - 2018. - Режим доступа: <http://glavterapevt.ru/?p=1333>

8. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе : учебник [Электронный ресурс] / Лычев В.Г., Карманов В.К. - М. :

ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>

9. Стеценко К.В, Хронический панкреатит, реферат, 2015 [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://studfiles.net/preview/1658580/>

10. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению болезни хронический панкреатит у взрослых [Электронный ресурс] : проект / С.А. Алексеенко и соавт. // Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российская гастроэнтерологическая ассоциация. - 2016. – Режим доступа: <http://kokb45.ru/wp-content/uploads/2018/06/Hronicheskij-pankreatit-u-vzroslyh.pdf>

11. Хирургические болезни. В 2 ч. Ч. 1: учебное пособие [Электронный ресурс] / С.А. Алексеев, В.А. Гинюк - Минск : Выш. шк., 2017. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789850628022.html>

12. Хирургия [Электронный ресурс] : учебник / А. И. Ковалев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437568.html>

13. Хронический панкреатит: диагностика, лечение и профилактика в амбулаторных условиях : учебное пособие [Текст] / Н. М. Балабина ; ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики. – Иркутск : ИГМУ, 2016. – 91 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Статистический анализ общей заболеваемости поджелудочной железой по
данным ОГКУЗ "Медицинский информационно-аналитический центр"

	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.
Россия	1 182 114	1 210 118	1 233 399	1 272 127	нет данных
Белгородская область	13 305	13 518	15 030	14 551	14 826
Белгород	4 905	4 367	5 077	3 533	3 167

Анкета

1. Ваш возраст _____
2. Ваш пол: женский\мужской.
3. Можете ли Вы назвать свое питание сбалансированным:
 - а) да,
 - б) нет,
 - в) затрудняюсь ответить.
4. Имеете ли Вы вредные привычки: да \ нет.
5. Имеете ли Вы избыточную массу тела: да \ нет.
6. Характерно ли для Вас самолечение:
 - а) часто,
 - б) редко,
 - в) затрудняюсь ответить.
7. Знаете ли Вы, что такое панкреатит:
 - а) да, хорошо знаю,
 - б) знаю поверхностно,
 - в) впервые слышу такое название.
8. Знаете ли Вы об основных причинах панкреатита:
 - а) да,
 - б) нет,
 - в) знаю поверхностно.
9. Знаете ли Вы об основных симптомах панкреатита?
 - а) да,
 - б) нет.
10. Укажите частоту посещения Вами терапевта, гастроэнтеролога:
 - а) раз в месяц,
 - б) раз в 6 месяцев,

- в) раз в год,
- г) реже раза в год.

11. Интересна ли Вам данная информация?:

- а) да,
- б) нет,
- в) не могу сказать.