

ЕВОЛЮЦІЯ НАУКОВИХ ПОГЛЯДІВ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА РОЛЬ СЕСТРИ МЕДИЧНОЇ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Ю.Я. Кривко, О.В. Ільчишин

ВНЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів, Україна

Ключові слова:

підшлункова залоза,
гострий панкреатит,
хронічний панкреатит,
ускладнення
панкреатиту,
медсестринський
процес при патології
підшлункової залози.

Буковинський медичний
вісник. Т.23, № 4 (92).
С. 40-46.

DOI:

10.24061/2413-0737.
XXIV.4.92.2019.88

E-mail: olya4326@
gmail.com

Мета роботи — дослідити еволюцію наукових поглядів на діагностику та лікування захворювань підшлункової залози, з метою розробки пропозицій щодо покращення якості медсестринського догляду та лікувальних втручань пацієнтам із даною патологією.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети застосовано методи системного підходу та системного аналізу, бібліосемантичний, медико-статистичний аналіз.

Результати. Проблема захворювання підшлункової залози є однією з найбільш актуальних у сучасній інтенсивній терапії та клінічній гастроентерології.

Роль сестри медичної у догляді за пацієнтами з патологією підшлункової залози є очевидною і надзвичайно важливою, котра забезпечує реалізацію основних процесів у клініці — госпіталізацію, транспортування пацієнтів, підготовку їх до діагностичних та лікувальних маніпуляцій, моніторинг стану пацієнта, виконання призначень лікарів тощо.

Висновок. Враховуючи еволюцію поглядів та лікування патології підшлункової залози на сучасному етапі діагностики, слід рекомендувати впровадження в закладах охорони здоров'я у відділеннях з даною патологією локальних протоколів сестри медичної при наданні допомоги пацієнтам для вдосконалення фахової підготовки.

Ключевые слова:

поджелудочная железа,
острый панкреатит,
хронический
панкреатит,
осложнения
панкреатита,
медсестринский
процесс при патологии
поджелудочной железы.

Буковинский медицин-
ский вестник. Т.23, № 4
(92). С. 40-46.

ЕВОЛЮЦІЯ НАУЧНИХ ВЗГЛЯДІВ ДІАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕННЯ І РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЇ СЕСТРИ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ПОДЖЕЛУДОЧНОЇ ЖЕЛЕЗИ

Ю.Я. Кривко, О.В. Ільчишин

Цель работы — анализ эволюции современных взглядов на диагностику и лечение заболеваний поджелудочной железы с целью разработки предложений по улучшению качества медсестринского ухода и лечебных вмешательств пациентам с данной патологией.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели применены методы системного подхода, системного анализа, библиосемантический и медико-статистический анализы.

Результаты. Проблема заболевания поджелудочной железы является одной из наиболее актуальных в современной интенсивной терапии и клинической гастроэнтерологии.

Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с патологией поджелудочной железы очевидна и чрезвычайно важна, так как обеспечивает реализацию основных процессов в клинике — госпитализацию, транспортировку пациентов, их подготовку к диагностическим и лечебным манипуляциям, мониторинг состояния пациента, выполнение назначений врача и тому подобное.

Вывод. Учитывая эволюцию научных взглядов на лечение заболеваний поджелудочной железы на современном этапе диагностики, следует рекомендовать внедрение в учреждениях здравоохранения локальных протоколов медицинской сестры, оказывающей помощь пациентам с данной патологией, для совершенствования профессиональной подготовки.

Keywords: *pancreas, acute pancreatitis, chronic pancreatitis, complications of pancreatitis, nursing process at pathology of the pancreas.*

Bukovinian Medical Herald. V.23, № 4 (92). P. 40-46.

EVOLUTION OF SCHOLARLY VIEWS OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND ROLE OF A NURSE AT THE PATHOLOGY OF PANCREAS

Yu. Ya. Kryvko, O. V. Ilchyshyn

Purpose. *To investigate the evolution of scholarly views of diagnostics and treatment of pancreatic diseases with a view to develop proposals for improving the quality of nursing care and therapeutic interventions for patients with this pathology.*

Methods of investigation. *To achieve this goal, the methods of systematic approach and system analysis, bibliosemantic, medical-statistical analysis were applied.*

Results. *The problem of pancreatic disease is one of the most urgent in modern intensive therapy and clinical gastroenterology.*

The role of a nurse caring for patients with pancreatic pathology is obvious and extremely important, which ensures the implementation of the basic processes at the clinic: hospitalization, transportation of patients, their preparation for diagnostic and treatment procedures, monitoring of patients' condition, carrying out doctors' prescriptions.

Conclusions. *Taking into consideration the evolution of views and treatment of pancreatic pathology at the current stage of diagnostics, it is worth recommending the introduction of local nurses' protocols in the process of caring for patients with this pathology to improve nurses' professional training.*

Вступ. Незважаючи на значні успіхи, досягнуті в сучасній діагностиці та фармакотерапії, проблема захворювання підшлункової залози залишається однією з найбільш актуальних в інтенсивній терапії та клінічній гастроентерології.

Дослідження еволюції наукових поглядів на етіологію, патогенез, клінічні ознаки, розвиток сучасних методів діагностики і медичних технологій дозволить не тільки отримати уявлення про характер захворювання підшлункової залози, а й заздалегідь визначити необхідність медсестринського догляду, з метою покращення якості життя та стану пацієнтів.

Мета роботи — дослідити еволюцію наукових поглядів на діагностику та лікування захворювань підшлункової залози, з метою розробки пропозицій щодо покращення якості медсестринського догляду та лікувальних втручань пацієнтам із даною патологією.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети застосовано методи системного підходу та системного аналізу, бібліосемантичний, медико-статистичний аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення. Початок вивчення проблематики захворювання підшлункової залози припадає на XIX століття. У 1886 році опубліковано монографію професора Ніколаса Сенна «Хірургія підшлункової залози».

1889 року лікарем-патологоанатомом Рідженальд Губер Фітцом (Reginald Huber Fitz) вперше описано симптоми гострого панкреатиту, виділено його форми (гангренозну, геморагічну, гнійну) та подано детальну клінічну картину форм захворювання. Фітц вважав, що на ранніх стадіях захворювання операція є неефективною і небезпечною. Дані дослідження оприлюднено

у Бостонському Журналі Медицини та Хірургії (Boston Medical and Surgical Journal).

На симпозіумі в Атланті у 1992 р. запропонована загальна універсальна класифікація гострого панкреатиту, призначена для полегшення розуміння і кореляції результатів, одержаних гастроентерологами, патологоанатомами, рентгенологами й хірургами. Такий підхід мав бути особливо важливим для оцінки та усунення різних скупчень рідини, що утворюються під час перебігу гострого панкреатиту.

Уже в той самий час почали з'являтися публікації, в яких стверджувались думки про необхідність ранніх операцій при гострому панкреатиті, метою яких є остаточна постановка діагнозу, санація та дренивання черевної порожнини, оскільки очікування «стихання ознак колапсу означає дозволити багатьом пацієнтам померти, не надавши їм допомоги». Стверджувалось, що ці втручання можуть бути виконані під місцевою анестезією. Водночас хірурги розуміли небезпеку обширних і тривалих ранніх операцій. Основні контрверсії в лікуванні ГП були закладені ще на початку минулого століття, впливаючи впродовж цього часу на тактику ведення пацієнтів [1].

За останні 30 років у всьому світі, зокрема в Україні, відбувається збільшення майже вдвічі кількості пацієнтів із захворюваннями підшлункової залози. Це найпоширеніша патологія, що уражає людей від молодого до старечого віку, призводить до зниження працездатності, погіршення якості життя з рецидивами впродовж тривалого часу, спричиняє часті ускладнення аж до летальності. Особливо неухильно збільшується захворюваність серед осіб працездатного віку. Поширеність захворювань підшлункової залози серед дорослого

Оригінальні дослідження

Таблиця 1

Дані зареєстрованих захворювань в амбулаторно-поліклінічних закладах Львівської області

	0-14 рр.	з них хлоп.	15-17 рр.	юнаків	18 р. і старші	чолов.	пен- сій-ного віку	Усього	чолов.	жінок
2014	57	24	67	25	23528	9588	12171	23652	9637	14015
2015	52	23	34	16	23526	9890	12055	23612	9929	13683
2016	69	29	29	14	23890	10103	12575	23988	10146	13842
2017	87	37	23	12	23099	9670	11780	23209	9719	13490
2018	61	25	32	22	21630	9326	11098	21723	9373	12350

населення за останні 10 років зростає у 3 рази, а серед підлітків — більше ніж у 4 рази [2, 3].

Підшлункова залоза (ПЗ) — орган, який має чашкоподібну будову. Більша частина клітин ПЗ виробляє панкреатичний сік (ациноцити), що містить луки і травні ферменти. Панкреатичний сік через вірсунгову протоку потрапляє в тонку кишку, в просвіті якої забезпечує перетравлення білків, жирів і вуглеводів. Менша частина клітин (ендокриноцити) синтезують гормони (інсулін і глюкагон), що регулюють обмін вуглеводів в організмі, а також роботу інших органів і систем (соматостатин, панкреатичний поліпептид, вазоактивний інтестинальний пептид). Інсулін полегшує надходження глюкози в клітину, тим самим знижуючи її рівень у крові, тоді як глюкагон має протилежний до інсуліну ефект. Соматостатин пригнічує продукцію гіпофізом гормону

росту, а також секреторну і рухову активність органів травного тракту, печінки та підшлункової залози. Дисфункція підшлункової залози дестабілізує роботу всіх систем організму. У підшлунковій залозі розвиваються запальні процеси, які можуть мати як гострий, так і хронічний перебіг [4].

До факторів ризику розвитку запалення в підшлунковій залозі належать: надмірне вживання алкоголю, алкоголізм (до 90% усіх випадків); тривале голодування, переїдання; спадковість; тривале застосування медикаментів (естрогенів, фуросеміду, тіазиду, сульфаніламідів, тетрациклінів, глюкокортикоїдів); захворювання дванадцятипалої кишки (дуоденіт, дивертикул, виразкова хвороба); захворювання шлунка (хронічний гастрит, виразкова хвороба); захворювання жовчних шляхів (жовчнокам'яна хвороба, холецистит); хвороби спо-

Таблиця 2

Дані за звітною формою № 20, табл. 3220 «Склад хворих у стаціонарі, терміни та результат лікування (кількість)»

		Проліковано хворих, усього	у т.ч. 0-17 років
2014	хвороби підшлункової залози	6381	17
	у т.ч. гострий панкреатит	1197	6
2015	хвороби підшлункової залози	6382	21
	у т.ч. гострий панкреатит	1110	2
2016	хвороби підшлункової залози	5948	19
	у т.ч. гострий панкреатит	1125	0
2017	хвороби підшлункової залози	5953	14
	у т.ч. гострий панкреатит	1197	2
2018	хвороби підшлункової залози	5498	10
	у т.ч. гострий панкреатит	1136	1

лучної тканини (системний червоний вовчак, тромбоцитопенічна пурпура); інфекції (епідемічний паротит, гепатит В, цитомегаловірусна інфекція, туберкульоз); метаболічні порушення, ниркова недостатність; поранення і травми живота; перенесені операції; гормональні порушення під час вагітності; гельмінтози (аскаридоз); дія токсичних та алергійних чинників.

Гострий панкреатит (ГП) — гостре запалення підшлункової залози, в основі якого лежить дегенеративно-запальні процеси, спричинені автолізом тканин залози власними активованими протеолітичними та ліполітичними ферментами [5]. За даними ряду авторів, гострий панкреатит діагностують у 70–90 випадках на 100 тис. населення [6].

Серед основних форм гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини гострі панкреатити посідають третє місце (12%), після гострого апендициту (58%) та гострого холециститу (20%). Жінки хворіють у три-чотири рази частіше, ніж чоловіки, переважно у віці 30–60 років. Загальна летальність при гострому панкреатиті становить від 15 до 23%, частіше при деструктивних ускладненнях [7].

Хронічний панкреатит (ХП) — хронічне запально-дистрофічне захворювання підшлункової залози, яке характеризується розвитком дифузного або сегментарного фіброзу залози, а в періоди загострення — її набряком та локальними некрозами з подальшими розладами екзо- та ендокринної функції залози [8].

ХП являє собою групу хронічних захворювань ПЗ, переважно запального характеру, з фазово-прогресуючими вогнищевими, сегментарними чи дифузними дегенеративно-деструктивними змінами, атрофією залозистих елементів (панкреацитів) і заміщенням їх сполучною тканиною; змінами в протоковій системі ПЗ з утворенням кіст і конкрементів, з різним ступенем порушення екзо- та ендокринної функції ПЗ [9].

Хронічний панкреатит є одним із найбільш поширених захворювань у клінічній практиці, а також одним із найбільш проблемних за діагностикою, визначенням лікувальної тактики та прогнозом. У середньому захворюваність на ХП у світі становить 4–10 випадків на 100 тис. населення за рік, а поширеність — від 26,7 до 50 випадків на 100 тис. населення і має певні відмінності залежно від країни, раси, харчової поведінки. Хворі на ХП становлять 25% від числа усіх тих, хто звертається до гастроентерологічних кабінетів поліклінік України [10]. У 30% хворих на ХП розвиваються ранні ускладнення (гнійно-септичні, кровотечі з виразок гастроуденальної ділянки, тромбоз у системі портальної вени), а летальність становить 5,1% [11].

Згідно з останніми статистичними даними Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації (2019 р.) етіологія хронічного панкреатиту за J. Mayerle поділяється: алкогольний панкреатит — 70%, метаболічний — 30%, ідіопатичний — 13%, природжений — 5%, медикаментозний — 5%, аутоімунний — 1%. Ідіопатичний ранній панкреатит виникає в 15–30 років, пізній у 50–70 років.

Середній вік пацієнтів на хронічний панкреатит: алкогольний — 36 р., спадковий — 26 р., аутоімунний — 59,4 р., ідіопатичний ранній — 23 р., ідіопатичний пізній — 62 р.

Дані зведеної світової статистики свідчать, що до 5% хворих на ХП мають високу вірогідність розвитку раку ПЗ, а в пацієнтів зі спадковим панкреатитом ризик зростає в десятки разів. Двадцятирічний анамнез збільшує ризик розвитку раку ПЗ у 5 разів. ХП призводить до функціональної недостатності ПЗ, а також до ускладнень, з якими пов'язана інвалідизація хворих. У результаті впродовж 10 років помирає 30%, а впродовж 20 — понад 50% хворих на ХП [11].

Існують різні ускладнення гострого панкреатиту. У клінічній практиці окремими формами чи варіантами перебігу гострого панкреатиту розглядають ускладнення панкреонекрозу. Виділяють ранні — токсичні і пізні — пост-некротичні ускладнення.

Токсичні ускладнення: панкреатогенний шок; панкреатогенна токсична дистрофія печінки; панкреатогенна токсична дистрофія нирок; панкреатогенний ерозивно-геморагічний гастроентерит; панкреатогенний деліріозний синдром; панкреатогенна кома.

Постнекротичні ускладнення: дегенеративні (парапанкреатичний інфільтрат, кіста підшлункової залози), гнійні (абсцес підшлункової залози чи сальникової сумки; флегмонозний чи апостематозний панкреатит; абсцеси позаочеревинних клітковинних просторів та абсцеси черевної порожнини; перитоніт), вісцеральні (зовнішні та внутрішні нориці (панкреатичні, жовчні, шлункові, кишкові, панкреатошлункові та дуоденальні, панкреатобронхіальні та плевральні); ерозивні кровотечі; оклюзійні ураження (стискання чи тромбоз) гілок черевної аорти, ворітної вени та її притоків).

Відповідно до класифікації, ухваленої в Атланті (США, 1992 р.) виділяють інтерстиціальний панкреатит, панкреонекроз, (неінфікований, інфікований), абсцес ПЗ, несправжня кіста ПЗ.

Гострий панкреатит пройшов низку етапів у формуванні його діагностично-лікувальної програми. Слід зазначити, що проблематика терапії гострого панкреатиту і досі залишається відкритою.

Актуальність проблеми гострого панкреатиту в сучасній медицині зумовлена, з одного боку, зростаючою частотою захворювання, а з іншого — незадовільними результатами лікування.

Нові технології в охороні здоров'я, нові методи діагностики і лікування, зростаючі вимоги до рівня медсестринської опіки — усе це викликає необхідність високого ступеня компетентності та кваліфікації сестри медичної.

Роль сестри медичної у догляді за пацієнтами з патологією підшлункової залози є очевидною і надзвичайно важливою. Суть медсестринського догляду полягає у компетентному виявленні проблем пацієнта та кваліфікованій допомозі в їх вирішенні чи принаймні пом'якшенні їх гостроти. Діяльність сестер медичних забезпечує реалізацію основних процесів у клініці —

Оригінальні дослідження

госпіталізацію, транспортування пацієнтів, підготовку їх до діагностичних та лікувальних маніпуляцій, моніторинг стану пацієнта, виконання призначень лікарів тощо. До обов'язків сестер медичних входять складні та комплексні завдання, бо вони, по-перше, працюють з великим обсягом інформації як з боку пацієнта, так і з боку лікаря, а, по-друге, повинні виконувати свої обов'язки у чітко визначений час [10].

Сестра медична повинна чітко уявляти обсяг, терміни опіки над пацієнтом, техніку виконання тієї чи іншої процедури (маніпуляції), розподіл обов'язків між персоналом, — стандарт своєї діяльності.

Найефективнішим способом організації і проведення медсестринської опіки, коли організовано та систематично визначаються проблеми пацієнта, розробляється та виконується план їх вирішення, оцінюється план щодо ефективності та встановлення проблем — медсестринський процес. Метою медсестринського процесу є виявлення порушень у функціонуванні організму, визначення потреб пацієнта, створення умов для ефективного лікування та швидкого одужання пацієнта [12].

Медсестринський процес при захворюваннях підшлункової залози, як і при всіх інших захворюваннях, складається з п'яти етапів.

I етап — медсестринське обстеження, що включає скарги пацієнта, анамнестичні дані та об'єктивно оцінюють стан пацієнта.

II етап — медсестринська діагностика. Медсестринський діагноз заснований на скаргах, відчуттях пацієнта і стає основою для визначення способів за його доглядом. Залежно від ознак, що турбують хворого, знаходяться шляхи полегшення стану, виключаються ризики, пов'язані з хворобою, визначаються першочергові заходи щодо забезпечення комфорту і безпеки. Діагностика дає можливість виявити: сильний біль у животі; блювання, яке не приносить полегшення; нудота; метеоризм; проноси тощо.

III етап — планування медсестринських втручань. Планування включає: підготовку пацієнта і забір біологічного матеріалу для лабораторних досліджень; підготовку пацієнта до інструментальних методів обстеження; догляд і спостереження за пацієнтом у передопераційний період; вирішення наявних проблем пацієнта; лікування (консервативне, оперативне); догляд і спостереження за пацієнтом у післяопераційний період; виконання призначень лікаря; вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта; навчання пацієнта та його оточення принципів раціонального харчування.

IV етап — реалізація плану медсестринських втручань. Реалізація передбачає підготовку пацієнта до загального, біохімічного аналізу крові; загального аналізу сечі; інструментальних методів обстеження (ФГДС, УЗД, УСГ, комп'ютерної томографії, лапароскопії).

Роль сестри медичної є дуже важлива при догляді і спостереженні за пацієнтом у передопераційний період, в її обов'язки входить: підготовка палати, створення пацієнтові комфортних умов, предметів догляду; контроль і допомога в дотриманні пацієнтом особистої

гігієни, забезпечення психічного та фізичного спокою, надання пацієнтові зручного положення в ліжку; контроль і допомога в дотриманні пацієнтом дієти (перші 3 дні голод; 1–1,5 л лужної мінеральної води, далі дієта № 5 п, тобто їда 4–5 разів на день у теплому вигляді; уникнення сокогінних і гострих страв; виключення алкоголю, медикаменти — ГКС, естрогени); постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта; підготовка пацієнта до введення назогастрального зонда; контроль і спостереження за функціонуванням назогастрального зонда, постійне відсмоктування шлункового вмісту.

Сестра медична сприяє правильному догляду за пацієнтом: при болю в животі використовує міхур із льодом на живіт; при блюванні — повертає голову пацієнта на бік нижче від тулуба, заздалегідь знімає зубні протези (при їх наявності), підносить до кута рота лоток з цієї сторони, на якому лежить пацієнт (з метою запобігання потрапляння блювотних мас на подушку та білизну підкладає клейонку, рушник або простирadlo, складені в декілька разів; після блювання пропонує пацієнтові прополоскати ротову порожнину теплою водою, протирає губи і кути рота); при метеоризмі застосовує газовідвідну трубку; при проносах необхідною є регулярна, у міру забруднення заміна натільної та постільної білизни, забезпечення пацієнта судном та підмивання.

Важливу роль сестра медична здійснює при догляді за пацієнтом у післяопераційний період: підготовка лікарських препаратів для проведення інтенсивної терапії; постійний контроль за самопочуттям та об'єктивним станом пацієнта (вимірювання температури тіла, артеріального тиску, підрахунок частоти пульсу, частоти дихальних рухів); зміна положення тіла, накладання гірчичників на грудну клітку з метою профілактики застійної пневмонії; навчання і допомога пацієнтові у виконанні дихальної гімнастики, ЛФК; забезпечення пацієнтові раннього вставання з ліжка (відповідно до загального стану); контроль і догляд за операційною раною, пов'язкою, дренажами, участь у перев'язуваннях; контроль і допомога пацієнтові у дотриманні дієти (перші чотири дні — парентеральне харчування, дозволяється пити мінеральну негазовану воду, поступово розширюють дієту, переважає вуглеводна їжа); допомога пацієнтові в догляді за ротовою порожниною (чищення зубів після їди, полоскання ротової порожнини, чищення язика від нальоту); контроль і допомога пацієнтові у дотриманні особистої гігієни (чистоти тіла, натільної та постільної білизни); контроль за випорожненнями, діурезом; допомога пацієнтові в догляді за шкірою, профілактики пролежнів; проводить контроль за здійсненням поточної дезінфекції в палаті.

В обов'язки сестри медичної входить виконання призначень лікаря: введення лікарських препаратів; корекція зовнішньо- та внутрішньосекреторної функції підшлункової залози — стимуляційне лікування (панкреозимін, сандостатин, еуфілін, кальцію глюконат), замісне лікування — креон, мезим-форте, панкреатин,

фестал; стимуляція регенеративних процесів у підшлунковій залозі (метилурацил, пентоксил, натрію тіосульфат, калію оротат, рибоксин, кобамід, ретаболіл); корекція імунологічного дисбалансу (натрію нуклеїнат, тималін, Т-активін, левамізол, імунофан); лікування уражень інших органів — гепатопротектори (ессенціале, карсил, легалон, гепабане), еубіотики (бактисубтил, біфідум-бактерин, лактобактерин); мінеральні води — мало- і середньо мінералізовані, які містять гідрокарбонати, сульфати, двовалентну сірку, кальцій, цинк; зняття швів на 6–7-му добу після операції; фізіопроцедури; санаторно-курортне лікування.

Сестра медична також здійснює вирішення супутніх проблем і потреб пацієнта, навчання пацієнта та його оточення само- і взаємодогляду, правильної організації раціонального харчування.

У етап — оцінювання результатів медсестринських втручань та їх корекція. Оцінювання полягає в констатації успішного перебігу захворювання, поліпшення самопочуття та об'єктивного стану пацієнта (зменшення чи зникнення болю в животі, зникнення блювання, метеоризму, проносів) та у виявленні нових проблем пацієнта (можливих ускладнень) з відповідною корекцією медсестринських втручань.

Висновок. Таким чином, враховуючи еволюцію поглядів та лікування патології підшлункової залози на сучасному етапі діагностики, слід рекомендувати впровадження в закладах охорони здоров'я у відділеннях з даною патологією локальних протоколів сестри медичної при наданні допомоги пацієнтам для вдосконалення фахової підготовки.

Список літератури

1. Bidyuk DM, Furtak AI, Motrynets NP. Treatment of acute pancreatitis: progressing from a diagnosis of pancreatitis and its forms to its complications. Proc. Shevchenko Sci. Soc. Medical sciences. 2017;49(1):58-63. [електронний ресурс]. <http://journals.ntsh.org/uk/node/131>.
2. Багненко СФ, Толстой АД, Красногоров ВВ. Острый панкреатит. Протоколы диагностики и лечения. Анналы хирургической гепатологии. 2006;8:60-6.
3. Філіпов ЮО, Скірда ІО. Епідеміологічні особливості хвороб органів травлення та гастроентерологічна служба в Україні: здобутки, проблеми та шляхи вирішення. Гастроентерологія: міжвід. зб. Дніпро: Ін-т гастроентерології НАМН України; 2005;36:9-17.
4. Скуя НА. Заболевания поджелудочной железы. Москва: Медицина; 1986.240 с.
5. Шегедин МБ, Шустакевич СФ, Журомський ВС. Медсестринство в хірургії. навч. посібник. Київ: Медицина; 2008.120 с.
6. Шевчук ІМ, Кузенко РТ. Хірургічне лікування гострого панкреатиту у хворих похилого та старечого віку. Шпитальна хірургія. 2012;3:111-15.
7. Шалімов АА, Шалімов СА, Нічитайло МЕ. Хирургия поджелудочной железы. Симферополь: Таврия; 1997.560 с.
8. Шегедин МБ, Шуляр ІА, Подносова ЛМ, Дацко ЛП, Шавала

ОТ. Медсестринство у внутрішній медицині: навч. посібник. Київ: Медицина; 2009.176 с.

9. Минушкин ОН. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения. Consilium Medicum. 2002;4(1):23-6.
10. Шегедин МБ, Галапац НБ, Марушкевич ІБ. Стандартизація діяльності медсестринської служби Львівської області. Главный врач. 2010;6:71-2.
11. Бабінець ЛС, Назарчук НВ. Патогенетичні аспекти хронічного панкреатиту біліарного генезу після холецистектомії. Вестник клуба панкреатологов. 2014;3:4-8.
12. Шегедин МБ, Галапац НБ, Марушкевич ІБ. Управління якістю роботи медсестринської служби закладів охорони здоров'я. Главный врач. 2010;7:83-4.

References

1. Bidyuk DM, Furtak AI, Motrynets NP. Treatment of acute pancreatitis: progressing from a diagnosis of pancreatitis and its forms to its complications. Proc. Shevchenko Sci. Soc. Medical sciences. 2017;49(1):58-63. [Internet]. Available from: <http://journals.ntsh.org/uk/node/131>.
2. Bagnenko SF, Tolstoy AD, Krasnogorov VB. Ostryy pankreatit. Protokoly diagnostiki i lecheniya [Acute pancreatitis. Diagnostic and treatment protocols]. Annaly khirurgicheskoy gepatologii. 2006;8:60-6. (in Russian).
3. Filippov YuO, Skyrda IYu. Epidemiolohichni osoblyvosti khvorob orhaniv travlennia ta gastroenterolohichna sluzhba v Ukraini: zdobutky, problemy ta shliakhy vyrishennia [Epidemiological features of digestive system diseases and gastroenterology service in Ukraine: achievements, problems and solutions]. Gastroenterolohiia: mizhvid. zb; 2005;36:9-17. (in Ukrainian).
4. Skuya NA. Zabolevaniya podzheludochnoy zhelezy [Pancreatic disease]. Moscow: Medicine; 1986.240 p. (in Russian).
5. Shehedyn MB, Shustakevych SF, Zhuroms'kyi VS. Medsestrynstvo v khirurgii [Nursing in Surgery]. Kyiv: Medytsyna; 2008.120 p. (in Ukrainian).
6. Shevchuk IM, Kuzenko RT, Protas VV. Khirurgichne likuvannia hostroho pankreatytu u khvorykh pokhyloho ta starechoho viku [Surgical treatment of acute pancreatitis in elderly and senile patients]. Shpytal'na khirurgiia. 2012;3:111-15. (in Ukrainian).
7. Shalimov AA, Shalimov SA, Nichitaylo ME. Khirurgiya podzheludochnoy zhelezy [Pancreas surgery]. Simferopol: Tavriya; 1997. 560 p. (in Russian).
8. Shehedyn MA, Shuliar IA, Podnosova LM, Datsko LP, Shavala OT. Medsestrynstvo u vnutrishnii medytsyni [Nursing in Internal Medicine]. Kyiv: Medytsyna; 2009.176 p. (in Ukrainian).
9. Minushkin ON. Khronicheskii pankreatit: nekotorye aspekty patogeneza, diagnostiki i lecheniya [Chronic pancreatitis: some aspects of pathogenesis, diagnosis and treatment]. Consilium Medicum. 2002;4(1):23-6. (in Russian).
10. Shehedyn MB, Halapats NB, Marushkevych IB. Standartyzatsiia diial'nosti medsestryns'koi sluzhby L'vivs'koi oblasti [Standardization of Nursing Service in Lviv Oblast]. Glavnyy vrach. 2010;6:71-2. (in Ukrainian).
11. Babinets' LS, Nazarchuk NV. Patohenetichni aspekty khronichnoho pankreatytu biliarnoho henezu plisia kholetsystektomii [Pathogenetic aspects of chronic biliary pancreatitis after cholecystectomy]. Vestnik kluba pankreatologov. 2014;3:4-8. (in Ukrainian).
12. Shehedyn MB, Halapats NB, Marushkevych IB. Upravlinnia yakisti roboty medsestryns'koi sluzhby zakladiv okhorony zdorov'ia [Quality Management of the Nursing Service]. Glavnyy vrach. 2010;7:83-4. (in Ukrainian).

Оригінальні дослідження

Відомості про авторів

Кривко Ю. Я. — доктор медичних наук, професор, ректор ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів, Україна.

Ільчишин О. В. — студент-магістр ВНКЗ ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського», м. Львів, Україна.

Сведения об авторах

Кривко Ю. Я. — доктор медицинских наук, профессор, ректор ВНКЗ ЛОР «Львовская медицинская академия имени Андрея Крупинского», г. Львов, Украина.

Ильчишин А. В. — студент-магистр ВНКЗ ЛОР «Львовская медицинская академия имени Андрея Крупинского», г. Львов, Украина.

Information about the authors

Kryvko Yu. Ya. — Doctor of Medical Sciences, professor, rector of “Andrey Krupynsky Lviv Medical Academy”, Lviv, Ukraine.

Ilychshyn O. V. — master student of “Andrey Krupynsky Lviv Medical Academy”, Lviv, Ukraine.

Надійшла до редакції 10.04.2019

Рецензент — проф. Слободян О.М.

© Ю.Я. Кривко, О.В. Ільчишин, 2019
