

# PIELĘGNOWANIE CHOREGO ZE SCHORZENIAMI UKŁADU POKARMOWEGO

PIELĘGNOWANIE PACJENTA W SCHORZENIACH J.USTNEJ, GARDŁA, ZE SCHORZENIAMI GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO -ROZPOZNAWANIE I ROZWIĄZYWANIE PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH U CHORYCH

Najczęstsze choroby jamy ustnej i przełyku

Zapalenie jamy ustnej- może powstać wskutek zakażenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego, spożywania gorących lub zimnych pokarmów .Objawy: *zaczernienie i obrzmienie błony śluzowej j.ustnej, palenie , pieczenie w ustach, chory nie może jeść*

Zapalenie przełyku- wywołane tymi samymi czynnikami jak w jamie ustnej, dodatkowo może być powodowane zarzucaniem do przełyku kwaśnej treści z żołądka lub żółci, poparzenie kwasami, ługami. Objawy: *błona śluzowa przełyku jest przekrwiona, jaskrawoczerwona, pojawia się silny piekący ból za mostkiem*

Kurcz przełyku- choroba o podłożu nerwicowym, może dotyczyć górnej części lub okolicy wpustu. Objawy: podczas kurczu występują bóle rozpierające w klatce piersiowej, wymioty, uczucie pełności, W miarę trwania choroby dochodzi do zwężenia wpustu

Żylaki przełyku- przyczyną są choroby krążenia wrotnego i nadciśnienie w układzie żyły wrotnej. Najczęstszą przyczyną jest zaawansowana marskość wątroby. Objawy: początkowo nie ma, w miarę rozwoju choroby dochodzi do rozciągania ścian naczyń żylnych, ich pęknięcia i krwotoków

Rak przełyku- przyczyna nie do końca poznana, jednak sposób odżywiania i niekorzystny wpływ czynników środowiskowych. Uważa się że czynniki mające wpływ ma zaleganie pokarmu, np. zwężenie przełyku, stany kurczowe przełyku, atonia przełyku, czynniki drażniące, mechaniczne i chemiczne błonę śluzową sprzyjają nowotworom. Rak przełyku -najczęstsza przyczyna zwężenia przełyku

czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania są: długotrwałe picie alkoholu, długotrwałe palenie tytoniu, częste spożywanie marynowanych potraw, zwężenie przełyku, metaplasja jelitowa, przełyk Barretta, zmiany w obrębie nabłonka powstałe w wyniku zarzucania treści żołądkowej i żółci, w przebiegu choroby refleksowej, urazy mechaniczne i termiczne przełyku,

U chorego występuje:

-dysfagia, odynofagia, afagia

-ból pochodzenia przełykowego nasilający się podczas połykania gorących lub zimnych płynów,

-okresowy ból w 1/3 dolnej okolicy zamostkowej nie związany z połykaniem, ale ze skurczem zwieracza przełyku

-ślinotok, który jest objawem zaawansowanego raka,

-zwracanie pokarmów,

-niedokrwistość,

-spadek masy ciała, wyniszczenie organizmu.

Rak żołądka-stanowi jedną z najczęstszych przyczyn zgonów z powodu nowotworów złośliwych na całym świecie. Występuje dwukrotnie częściej u mężczyzn, zapadalność i umieralność wzrasta z wiekiem. Występuje częściej u osób z grupą krwi A ( właściwości mukopolisacharydów w soku żołądkowym i ich różna wrażliwość na działanie karcinogenne). **HP- Helicobacter pylori , WHO uznaje ją za bakterię karcinogenną z gr 1, czyli dokładnie określoną**

Diagnostyka chorób żołądka : Gastroduodenofiberoskopia , Badanie radiologiczne , Ultrasonografia endoskopowa , Badanie manometryczne , Tomografia komputerowa , Ocena wydzielania żołądkowego , Badanie stężenia gastryny , Test sekretynowy , Wykrywanie kolonizacji Helicobacter pylori.

Główne objawy chorób żołądka : Ból , Dyspepsja , Nudności i wymioty , Zgaga ,Zaparcie stolca, Biegunka , Utrata masy ciała , Zaburzenia osobowości

Czynniki zwiększające możliwość zachorowania na raka żołądka to:

▶ Czynniki genetyczne:

- występowanie raka żołądka u członków rodziny.
- posiadanie grupy krwi A.

▶ Czynniki żywieniowe i etniczne

- przynależność etniczna Japończycy, Chilijczycy, Chińczycy (w przypadku emigracji do krajów o niskim ryzyku zachorowania, ryzyko rozwoju choroby zmniejsza się dopiero u dzieci)
- dieta bogata w skrobię (ziemniaki, ryż, chleb) ubogie w białko zwierzęce oraz surowe jarzyny i owoce.
- azotany i benzopireny dostarczane organizmowi (duże ilości soli, produkty wędzone), które przekształcają się w azotyny – prekursorzy nitrozaminy, będącej czynnikiem rakotwórczym.
- dym tytoniowy – zawierający substancje rakotwórcze, które powodują wydalenie do soku żołądkowego wysokich stężeń tiocyjanku, katalizatora reakcji nitrozowania.
- Helicobacter pylori

Choroba wrzodowa żołądka

- ▶ Podstawowym objawem podmiotowym choroby wrzodowej jest ból w nadbrzuszu. Ból może ustępować po posiłku i użyciu środków zobojętniających. We wrzodzie żołądka stałe bóle nasilają się po jedzeniu (15-30min)

- ▶ Badanie przedmiotowe ma znaczenie mniejsze. W związku z nie przyjmowaniem pokarmów, co łagodzi objawy bólowe następuje spadek masy ciała
- ▶ Rozpoznanie różnicowe choroby wrzodowej powinno obejmować raka żołądka, choroby pęcherzyka i dróg żółciowych, dyspepsję bez wrzodu, zapalenie refleksowe przełyku, chorobę niedokrwienną serca, zapalenie trzustki, chorobę Leśniowskiego-Crohna, zespół jelita drażliwego, nerwicę neurowegetatywną
- ▶ Diagnostyka powinna obejmować podstawowe badania laboratoryjne, endoskopię z pobraniem wycinków, badanie radiologiczne

#### Leczenie zachowawcze:

- ▶ Stosowane współcześnie leki p/wrzodowe pozwalają uzyskać szybkie ustąpienie dolegliwości bólowych oraz wygojenie wrzodu trawiennego w okresie dwóch- ośmiu tygodni u blisko 95% chorych.
- ▶ Leczenie farmakologiczne bardziej skuteczne jest w chorobie wrzodowej dwunastnicy.
- ▶ U chorych u których nie wdrożono terapii podtrzymującej, nawroty wrzodu występują w 50-60% w ciągu pierwszego i w 80% w ciągu drugiego roku.
- ▶ Zaprzestanie palnie tytoniu, uregulowanie trybu życia, oraz ograniczenie stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych, przyspiesza i poprawia wyniki leczenia.
- ▶ Obecnie mniejszą niż dawniej rolę przypisuje się ograniczeniom dietetycznym. Zaleca się spożywanie normalnych posiłków z ograniczeniem ostrych przypraw, kofeiny i teiny.

#### Leczenie chirurgiczne niepowikłanego wrzodu trawiennego:

##### Wskazania do operacji planowanych:

- ▶ zwężenie odźwiernika
- ▶ częste nawroty wrzodu mimo stosowania leczenia podtrzymującego,
- ▶ brak zagojenia wrzodu mimo stosowania omeprazolu,
- ▶ podejrzenia raka żołądka.

##### Wskazania do operacji z przyczyn nagłych:

- ▶ - przedziurawienie wrzodu,
- ▶ - niezatrzymujące się krwawienie.
- ▶ W leczeniu chirurgicznym wrzodu żołądka stosuje się wycięcie połowy żołądka, tzw. hemigastrektomię, usuwając razem z owrzodzeniem zmienioną błonę śluzową.
- ▶ W związku z patogenezą choroby wagotomia byłaby zabiegiem bezcelowym.

- ▶ Ciągłość przewodu pokarmowego odtwarza się najchętniej sposobem Rydygiera lub (w zależności od warunków anatomicznych) niefizjologicznym sposobem Billrotha II w różnych jego odmianach. Technika Billrotha II polega na zespoleniu kikuta żołądka z pierwszą pętlą jelita czczego. Kikut dwunastnicy zamknięty „głucho” wyłączony jest z pasażu i stanowi tzw. pętlę doprowadzającą, prowadząc żółć i sok trzustkowy do przewodu pokarmowego.

Powikłania choroby wrzodowej : krwawienie z wrzodu , perforacja wrzodu , zwężenie odźwiernika , drażnienie wrzodu do trzustki , zrakowacenie

**Przedziurawienie wrzodu trawiennego:** Przedziurawienie występuje u około 10% chorych jest najbardziej niebezpiecznym powikłaniem choroby wrzodowej. Miejscem perforacji jest zwykle krzywizna mała żołądka. Przedziurawienie wrzodu występuje częściej w okresie wczesnej wiosny i jesieni.

Objawy kliniczne:- nagły bardzo silny ból w nadbrzuszu- obrona mięśniowa- narastający w miarę upływu czasu objawy wstrząsu i rozlanego zapalenie otrzewnej- zniesienie stłumienia wątrobowego podczas opukiwania jamy brzusznej.

Rozpoznanie:

- obecność wolnego powietrza w postaci sierpa pod prawą lub lewą przeponą na zdjęciu przeglądowym jamy brzusznej wykonane w pozycji stojącej, objaw ten występuje u 50% chorych.

- w przypadkach wątpliwych podanie do żołądka zawiesiny środka kontrolnego lub diagnostyczne nakłucie jamy brzusznej.

Leczenie: Leczeniem z wyboru jest zabieg operacyjny. Śmiertelność okołoperacyjna wzrasta proporcjonalnie do czasu, jaki upłynął od momentu perforacji do chwili wykonania zabiegu. Najczęściej wykonywaną operacją jest zaszcycie przedziurawienia. U chorych w dobrym stanie ogólnym, zwłaszcza z perforowanym wrzodem przewlekłym, zaleca się wykonanie zabiegu ostatecznego; w przypadku perforowanego wrzodu żołądka – hemigastrektomii.

Leczenie zachowawcze przedziurawionego wrzodu (postępowanie Taylora) stosuje się u chorych z dużym ryzykiem operacyjnym, u których doszło do samoistnego oklejenia miejsca przedziurawienia, oraz u chorych niewyrażających zgody na zabieg operacyjny. Leczenie polega na wdrożeniu żywienia pozajelitowego, stałym odsysaniu treści żołądkowej oraz osłonie antybiotykowej. Śmiertelność w tym postępowaniu sięga 10%.

**Krwawienie z wrzodu:** Wrzód trawienny jest najczęstszą przyczyną krwawień z górnego przewodu odcinka pokarmowego. Krwawienie występuje u 20% chorych z chorobą wrzodową. Częściej przyczyną krwawienia jest wrzód dwunastnicy. U 85% chorych krwawienie zatrzymuje się samoistnie. Około 20% chorych wymaga leczenia chirurgicznego. Wrzód krwawiący jest przyczyną śmierci 10% chorych powyżej 60 roku życia.

**Objawy kliniczne:**- krwawe lub fusowate wymioty- smoliste wypróżnienie- nagłe omdlenie (często pierwszy objaw krwawienia)- narastające objawy wstrząsu.

Rozpoznanie krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego wobec istnienia jego charakterystycznych objawów nie stwarza trudności. Istotnym staje się odnalezienie przyczyny

(miejsca krwawienia). Endoskopia jest badaniem z wyboru w rozpoznawaniu przyczyny krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Endoskopia powinna być wykonana w ciągu 24 godzin od wystąpienia krwawienia.

Leczenie:- wyrównanie niedoborów krwi, opanowanie hipowolemii,- zatrzymanie krwawienia. Metody endoskopowe stają się coraz bardziej skuteczne w leczeniu krwawień z wrzodu trawiennego (koagulacja, obliteracja, zakładanie klipsów naczyniowych).

#### Zalecenia żywieniowe w chorobach jamy ustnej

Zaleca się dietę oszczędzającą pod względem mechanicznym, chemicznym i termicznym. Wartość energetyczna diety zależy od schorzenia i masy ciała pacjenta. Zapotrzebowanie energetyczne na poziomie minimalnym powinno wynosić jak w diecie łatwostrawnej 2000 kcal. W przypadku podwyższonej temperatury, w chorobie nowotworowej, u chorych wyniszczonych ilość energii należy zwiększyć indywidualnie ( 2500 kcal i więcej). Dieta powinna zawierać zwiększoną ilość białka do 100g/dobę. Zaleca się zwiększenie wit z grupy B, wit C oraz składników mineralnych. Pokarmy powinno się podawać o konsystencji płynnej, często przez zgłębnik, lub papkowate. Mogą być stosowane również pełnowartościowe, zbilansowane, polimeryczne diety przemysłowe

#### Zalecenia żywieniowe w chorobie refluksowej (GERD)

Choroba dotyczy co piątej osoby, często kobiet w ciąży. Zalecana jest dieta łatwo strawna z ograniczeniem substancji pobudzających wydzielanie soku żołądkowego. Posiłki spożywać częściej, 5-6 razy dziennie, niewielkie objętościowo, o stałych porach. *Posiłki obfite rozciągają żołądek, powodując osłabienie napięcia dolnego zwieracza przełyku. Zwiększa to ilość krótkotrwałych relaksacji zwieracza i zrzucanie treści żołądkowej do przełyku .*

Zalecane: Szklanka mleka lub wody zmniejsza objawy refluksu , Mleko neutralizuje, woda oczyszcza przełyk z kwasu solnego. Korzystnie jest łączyć herbatę, kawę, soki owocowe i warzywne z mlekiem oraz pić wody lecznicze z dużą zawartością soli wapnia o pH alkalicznym. Temperatura umiarkowana, aby nie podrażniać przełyku. Wskazane są potrawy o konsystencji papkowatej, aby ograniczyć żucie wzmagające wydzielanie żołądkowe, przy utrudnionym połykaniu dieta płynna wzmocniona lub papkowata. Ostatni posiłek spożyć 3-4 godz. przed snem, ponieważ mechanizmy oczyszczania przełyku z zardzanej treści pokarmowej w pozycji leżącej działają mniej sprawnie

#### Żywnienie w nieżytach żołądka

Najczęstsza przyczyna to zatrucia pokarmowe( nieświeże pożywienie, niemyte owoce0 oraz niektóre leki, alkohol. W przypadku ostrego nieżytu bakteryjnego oprócz diety konieczna jest farmakoterapia. W ostrym nieżycie żołądka zaleca się przez 24-48 głodówkę. Podaje się niesłodzone płyny o umiarkowanej temperaturze: woda, herbata gorzka, fizjologiczny roztwór NaCl, napar z rumianku, mięty w ilości po 100 ml co godzinę. Można dosolić, aby uzupełnić straty chlorku sodowego. Nieraz zachodzi potrzeba nawadniania iv. W miarę poprawy stanu chorego wprowadza się przetarte solone kleiki z ryżu, kaszy jęczmiennej bez tłuszczu i cukru. Jeżeli chory toleruje rozcieńczone soki owocowo-warzywne, można je podawać z woda przegotowaną na początku 1:4, później 1:1. Wskazane soki dla dzieci np. Bobo Vita, bez konserwantów, dobrze uzupełniają niedobory elektrolitów i minerałów. Nie zaleca się soków z jabłek, winogron, gruszek gdyż wzmagają procesy fermentacyjne w jelitach. Po 2-3 dniach rozszerza się dietę, wprowadzając sucharek, bułkę czerstwą, gotowane przetarte jabłko,

marchew puree, chudy rosół, cielęcinę i drób gotowany, drobne kasze na półgęsto lub grube przetarte kasze, Następnie można rozszerzyć dietę o niewielką ilość rozcieńczonego mleka, chudy twaróg, puree ziemniaczane, cukier, olej. Gdy objawy ustąpią dieta lekko strawna

#### Zalecenia żywieniowe w chorobie wrzodowej

Obecnie w leczeniu choroby wrzodowej przywiązuje się większą wagę do leczenia farmakologicznego. Dieta w chorobie wrzodowej powinna być pełnowartościowa z odpowiednią ilością białka, tłuszczów, węglowodanów, witamin i soli mineralnych, zgodnie z przyjętymi normami osób zdrowych. Wskazane zaprzestanie palenia papierosów!!!

Żywnienie dietetyczne w powikłaniach choroby wrzodowej

- ▶ Perforacja wrzodu-dieta ścisła
- ▶ Krwawienie- czynne nic, następnie przez 1-2 doby zimne płyny małymi porcjami ( słaba herbata, mleko ,lód). Następnie przechodzi się do żywienia jak w chorobie wrzodowej
- ▶ Zwężenie odźwiernika-z powodu wolnego opróżniania żołądka zaleca się zmniejszyć liczbę i objętość posiłków do 3-4 na dobę. W wyniku wymiotów uzupełnić zaburzenia wodno-elektrolitowe,zalecane posiłki pełnowartościowe
- ▶ Rak żołądka- w leczeniu chirurgicznym dieta jak po zabiegach chirurgicznych

## **Pielęgnowanie chorego ze schorzeniami wątroby, kamicią żółciową i przewodową**

Rola wątroby-Jest głównym narządem, w którym zachodzi wiele przemian ustrojowych -z aminokwasów uzyskanych z pożywienia syntetyzuje białka ustrojowe (białka narządowe, białka surowicy krwi, albuminy, globuliny, fibrynogen).

Zapalenie wątroby-Najczęstsza przyczyna to zakażenie:

-wirusem B(drogą pozajelitową, iniekcje, zabiegi, stosunek płciowy),

-A(drogą pokarmową)

-inne wirusy (C,D,E,G)

-bakterie, pierwotniaki

Proces zapalny przedłużający się może przejść w przewlekłe zapalenie prowadząc do niszczenia miększu wątroby

Marskość wątroby- Polega na zwyrodnieniu i martwicy komórek wątrobowych, w miejsce których rozwija się tkanka łączna

Przyczyny marskości:

- niedobory żywieniowe (dieta uboga w białko)
- Przebyte wirusowe zapalenie wątroby
- Alkoholizm
- Przedłużające się zaburzenia w odpływie żółci
- Zatrucia toksyczne lekami i substancjami chemicznymi
- Przewlekła niewydolność krążenia (marskość zastoinowa)
- niektóre choroby metaboliczne, pasożytnicze, zakaźne

Stłuszczenie wątroby Polega na zwiększeniu zawartości tłuszczu w tkance wątrobowej. Towarzyszą temu nacieki zapalne i pojedyncze ogniska martwicze

- Przyczyny:
- Nadmierne spożycie energii –tłuszczu, z długotrwałym niedoborem białka w diecie
- Czynniki toksyczne- alkohol, zatrucia grzybami, toksynami przemysłowymi
- Zaburzenia metaboliczne- cukrzyca, otyłość
- Zaburzenia wewnątrzwydzielnicze- chor. Cushinga, ciąża

**TOKSYCZNE USZKODZENIE WĄTROBY PRZYCZYNY:** grzyby, alkohol, niektóre antybiotyki, leki psychotropowe i przeciwnowotworowe, czterochlorek węgla; może mieć przebieg ostry lub przewlekły

Nowotwory wątroby Pierwotny rak występuje rzadko, najczęściej rozwija się na podłożu marskości. Przerzuty stanowią 95% guzów złośliwych wątroby, wskutek szerzenia się drogą żyły wrotnej i układ chłonny, najczęściej z jelita grubego, nerki, trzustki i żołądka

Choroby pęcherzyka i dróg żółciowych

Rak pęcherzyka żółciowego Występuje rzadko. Daje późno objawy: ból w górnym prawym kwadrancie j. brzusznej, nudności, wymioty, utrata łaknienia, osłabienie. W zaawansowanym stadium może naciekać wątrobę, przewód wątrobowy powodując żółtaczkę. Dobre rokowania u tych chorych, u których wykryto przypadkowo w trakcie cholecystektomii lub innych zabiegów. Leczenie: resekcja pęcherzyka z poszerzeniem o resekcję przyległej części wątroby oraz okolicznych węzłów chłonnych

Rak przewodów żółciowych. Rzadko, trudny do wyleczenia. Obejmuje przewód wątrobowy, PŻW. Objawy: nasilona żółtaczka, uporczywy świąd skóry, bóle tępe w prawym górnym kwadrancie j b, brak łaknienia, utrata mc. Leczenie: poprzez resekcję tylko w nielicznych przypadkach, częściej paliatywne – leczenie żółtaczki mechanicznej (ECPW i protezowanie zwężonych odcinków). Drenaż przezskórny dróg żółciowych pod kontrolą USG. Operacje paliatywne polegają na wykonaniu zespolenia omijającego nowotwór lub drenażu zewnętrznym dróg żółciowych

Kamica żółciowa (cholelithiasis)- jest jednym z najczęstszych schorzeń w obrębie jamy brzusznej. Występuje 3-4 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn. Najczęstszym miejscem powstawania kamieni jest pęcherzyk żółciowy, skąd kamienie mogą przemieszczać się do przewodów żółciowych.

Kamienie mają różną wielkość i kształt, tworzą się ze składników żółci, m.in. z cholesterolu, bilirubiny i wapnia. Najbardziej typowym objawem kamicy żółciowej jest kolka żółciowa, zwana też kolką wątrobową. Wywołują ją skurcze pęcherzyka i dróg żółciowych spowodowane podrażnieniami przez przesuwający się kamień żółciowy

Kamica przewodowa (choledocholithiasis)- jest następstwem przedostania się drobnych złożeń – najczęściej podczas ataku kolki – przez przewód pęcherzykowy do przewodu żółciowego wspólnego. W niewielkiej liczbie przypadków złoże powstają w przewodzie również pierwotnie.

Charakterystycznymi objawami tego schorzenia są: -żółtaczka mechaniczna po napadzie kolki spowodowana zablokowaniem przewodu żółciowego wspólnego przez kamień, -pobolewania w prawym nadbrzuszu po spożyciu niektórych potraw (zwłaszcza tłustych), -powtarzające się ataki kolki wątrobowej.

Żółtaczka (icterus) – oznacza zabarwienie tkanek barwnikiem żółciowym – bilirubiną – widoczne na spojówkach, twardówkach, błonach śluzowych oraz na skórze. Stężenie bilirubiny w surowicy krwi podczas żółtaczki wzrasta nawet 20-krotnie (norma: 3,4-17 μmol/l).

Rozróżnia się:

-żółtaczkę mechaniczną (zaporową) spowodowaną przeszkodą w odpływie żółci do dwunastnicy (może być kamień lub guz nowotworowy),



-żółtaczkę miąższową wynikającą z uszkodzenia komórek wątrobowych przez proces chorobowy,  
-żółtaczkę hemolityczną spowodowaną nadmiernym wytwarzaniem bilirubiny wskutek zwiększonego rozpadu krwinek czerwonych (niedokrwistość hemolityczna).

Powikłania kamicy żółciowej: Ostre zap. pęcherzyka żółciowego, Wodniak, Ropniak, Zap. dróg żółciowych, OZT, Żółtaczka mechaniczna, Przetoka pęcherzykowo-jelitowa

Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego (cholecystitis acuta)- jest następstwem odczynu zapalnego ściany pęcherzyka powstającego pod wpływem zmian biochemicznych żółci, drażnienia kamieniami, wzrostu ciśnienia i rozciągania ściany pęcherzyka, a także bakteryjnego zakażenia żółci, która nie odpływa z powodu przeszkody (np. zatkanie kamieniem).

Ostre zapalenie dróg żółciowych (cholangitis acuta) - to groźne dla życia powikłanie kamicy żółciowej wywołane infekcją bakteryjną, rozwijającą się w drogach żółciowych w przypadku ich niedrożności.

#### DIAGNOSTYKA

##### 1.Ultrasonografia (USG)

##### 2.Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW lub ERCP)

##### 3.Cholangiografia przeszłona (PTC)

##### 4.Badania laboratoryjne

#### LECZENIE KAMICY ŻÓŁCIOWEJ

W leczeniu chirurgicznym wykonuje się cholecystektomię, czyli wycięcie pęcherzyka żółciowego w kamicy ograniczonej do pęcherzyka żółciowego techniką laparoskopową lub sposobem tradycyjnym po otwarciu jamy brzusznej.

#### MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD CHORYM Z ŻÓŁTACZKĄ MECHANICZNĄ

Problem zdrowotny I – Świąd skóry z powodu podwyższonego poziomu kwasów żółciowych i odkładania się ich w skórze.

Problem zdrowotny II – Dyskomfort psychiczny chorego spowodowany wyglądem (żółte zabarwienie skóry).

Problem zdrowotny III – Ryzyko wystąpienia krwawień z błon śluzowych i skóry oraz krwotoku w okresie pooperacyjnym z powodu obniżonej krzepliwości krwi, w wyniku obniżonego poziomu protrombiny (zaburzenie wchłaniania witaminy K).

Problem zdrowotny IV – Możliwość wystąpienia odwodnienia lub niedożywienia oraz zaburzeń przewodu pokarmowego (niestrawność, nudności, wymioty, wzdęcia, zaparcia) w związku z niedoborem żółci w procesie trawienia.

Problem zdrowotny V – Możliwość wystąpienia infekcji dróg moczowych oraz ogólnoustrojowych z powodu zwiększonego wchłaniania endotoksyn jelitowych do krwi i drogą wrotną do nerek, w związku z brakiem kwasów żółciowych w świetle jelit.

## Żywnienie chorych w chorobach pęcherzyka i dróg żółciowych

### Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego

- Przez pierwszą dobę obowiązuje głodówka
- Oprócz tego antybiotykoterapia, śr. rozkurczowe i przeciwbólowe
- Druga doba dieta kleikowa, napoje w większych ilościach
- Zmodyfikowana dieta kleikowa przez 1-3 dni
- Następnie wprowadza się dietę łatwo strawną z ograniczeniem tłuszczu
- W ostrych stanach, w przypadku wymiotów, nawadnianie i żywienie pozajelitowe

### Przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego

- Dieta łatwo strawna z ograniczeniem tłuszczu i błonnika pokarmowego i cholesterolu (żółtka, podroby, żółte tłuste sery, pełne mleko)
- Ograniczyć spożywanie węglowodanów prostych
- Zwiększyć spożycie wit C
- Wykluczyć ostre przyprawy, używki
- Ograniczyć szpinak, rabarbar, szczaw,

### Kamica żółciowa

- Dieta łatwo strawna z ograniczeniem tłuszczu
- Kamica bezobjawowa, bez zaburzeń czynności przewodu pokarmowego nie wymaga ograniczeń dietetycznych
- Zalecana jest dieta bogata w błonnik, co zmniejsza ilość soli żółciowych w jelicie i ich wchłanianie
- Zaleca się surówki z warzyw i owoców, otręby, pszenne kielki i zarodki w codziennym jadłospisie 2-3 razy
- Unikać infekcji pokarmowych i biegunki, sprzyja utracie soli żółciowych i niedobór ich w żółci co sprzyja wytrącaniu złogów cholesterolu
- Skuteczna metoda w kamicy żółciowej - zabieg operacyjny

### **Zalecenia dla chorego po zakończeniu leczenia szpitalnego**

1. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunków.
2. Obserwacja ewentualnego zakażenia rany pooperacyjnej (wzrost temperatury ciała, zaczerwienienie, obrzęk, ból rany, obecność wydzieliny) i natychmiastowe zgłoszenie się do lekarza.

3. Zachowanie równowagi pomiędzy aktywnością ruchową a odpoczynkiem.

4. Przestrzeganie zaleceń dietetycznych:

- ograniczenie spożywania tłuszczu w zakresie ilościowym i jakościowym, głównie tłuszczów zwierzęcych,
- we wczesnym okresie pooperacyjnym przeciwwskazane jest spożywanie tłustego mięsa, jaj, ostro przyprawionych potraw, alkoholu, napojów gazowanych i mocnej kawy. w miarę upływu czasu dietę można rozszerzać, jednak u kilku procent chorych nawet w dalszym okresie po zabiegu operacyjnym nie należy podawać niektórych składników pożywienia, gdyż ich podaż może powodować uczucie wzdęcia i bóle w jamie brzusznej
- spożywanie posiłków często, w małych ilościach, tak aby zapobiec zastojowi żółci w drogach żółciowych
- po uzgodnieniu z lekarzem zaleca się spożywanie wód zdrojowych, które ułatwiają odpływ żółci i wyrównują zaburzenia przemiany materii

5. Pożądany jest niewielki wysiłek, który będzie pobudzał procesy przemiany materii i zapobiegał otyłości

6. Zgłoszenie się na wyznaczoną wizytę kontrolną

## TRZUSTKA

Trzustka jest drugim pod względem wielkości, po wątrobie, narządem gruczołowym przewodu pokarmowego, którego zadaniem jest produkcja soku trzustkowego niezbędnego do procesów trawienia jelitowego. Jednocześnie trzustka spełnia również rolę gruczołu wewnątrzwydzielniczego, ponieważ w jej miąższu znajdują się liczne skupiska komórek wydzielania dokrewnego nazywane wyspami Langerhansa produkującymi dwa antagonistyczne hormony **insulinę i glukagon**, które regulują przemiany węglowodanów, białek i tłuszczów.

### OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI

- ⊙ jest chorobą o przebiegu średnio-ciężkim lub ciężkim, objawiającą się bólem w jamie brzusznej oraz wzrostem aktywności enzymu amylazy we krwi i w moczu.
- ⊙ Zapalenie trzustki najczęściej ma przebieg lekki – ok. 85% przypadków (postać obrzękowa) – w jego leczeniu wystarczy najczęściej leczenie zachowawcze, pozostałe ok. 15% ma przebieg dość ciężki i ciężki (postać martwiczo-krwotoczna) – gdzie w uzasadnionych przypadkach trzeba wdrożyć leczenie operacyjne
- ⊙ u około 80% przypadków OZT rozwija się na podłożu kamicy żółciowej lub w przebiegu alkoholizmu

OZT na tle kamicy związane jest najczęściej z faktem zablokowania przez kamień żółciowy zwieracza Oddiego, który znajduje się w brodawce Vatera, co powoduje wzrost ciśnienia w przewodach trzustkowych, gdyż sok trzustkowy nie może spływać do dwunastnicy. Wpływ alkoholu na rozwój OZT jest nieco inny, a mianowicie codzienne spożywanie ponad 100g czystego etanolu przez kilka lat

może powodować rozwój przewlekłej niedrożności przewodów trzustkowych, a także wywoływać przewlekłe zapalenie błony śluzowej dwunastnicy i skurcz brodawki Vatera

**- do rozwoju choroby mogą usposabiać:**

-zażywanie niektórych leków np.:*azatiopryny, sulfasalazyny, furosemidu, kwasu walproinowego, estrogenoterapia u osób z istniejącą hiperlipidemią,*

- choroby zakaźne np. *świnka, płonica, różne bakterie,*

-przeprowadzone badania endoskopowe dróg żółciowych i trzustki,

-zaburzenia w przebiegu przewodu trzustkowego związane z jego zwężeniem, naciekaniem nowotworowym lub zmianami anatomicznymi trzustki

- przebyte zabiegi chirurgiczne w obrębie przewodu pokarmowego zwłaszcza dotyczące żołądka (wrzód drążący do trzustki) i dróg żółciowych (zapalenie pęcherzyka żółciowego) oraz zabiegi operacyjne w klatce piersiowej związane z pomostami aortalno-wieńcowymi.

- urazy brzucha (tępe i drążące),

- przeszczep nerki,

- choroby metaboliczne np.: *cukrzyca i hiperlipidemia.*

Zdarza się czasem, że nie można jednoznacznie ustalić przyczyny, która wywołała ostre zapalenie trzustki i wówczas mówi się o tzw. **samoistnym zapaleniu trzustki.**

Leczenie i problemy medyczne, w tym pielęgnacyjne, zależą od: stopnia ciężkości choroby, a także od faktu czy zapalenie trzustki przebiega u chorego po raz pierwszy czy kolejny oraz od wieku chorego i Objawy skórne:

**Objaw Cullena** – zasinienie i marmurkowy wygląd skóry w okolicy pępka

**Objaw Grey-Turnera** – zmiany niebieskawe w okolicy łędźwiowej i na przedramionach

**Objaw Loefflera** – rumień na policzkach w kształcie skrzydeł motyla

Postacie OZT

- **łagodniejsza - obrzękowa**, której istotą jest obrzęk trzustki bez ognisk martwicy. W tej postaci choroby częstość powikłań nie jest duża, a śmiertelność nie przekracza 5% i rokowanie co do wyleczenia jest dobre.

- **ciężka - martwiczowo-krwotoczna**, w przebiegu której dochodzi do ognisk martwicy w trzustce i tkankach okołotrzustkowych oraz krwotoków, co znacznie pogarsza stan chorego i rokowanie.

Oczywiście, w celu potwierdzenia diagnozy i wykonuje się badania laboratoryjne, przy czym tzw. **"złotym standardem" rozpoznawaniu ostrego zapalenia trzustki "jest oznaczenie aktywności enzymów trzustkowych tj. amylazy i lipazy w surowicy.** Z innych badań laboratoryjnych niezbędnych do monitorowania przebiegu choroby należy wymienić: morfologię, leukocytozę, stężenie glukozy i wapnia w surowicy, bilirubinę całkowitą, transaminazę alaninową - AlAT, transaminazę asparaginianową - AsPAT oraz CRP czyli białko C reaktywne będące wskaźnikiem ostrej fazy. USG, KT, RTG klatki piersiowej

Leczenie : Każdego chorego z OZT traktuje się w pierwszych dniach pobytu w szpitalu tak, jakby potencjalnie miał ciężką postać choroby i intensywnie leczy, zanim na podstawie obserwacji licznych parametrów życiowych chorego, powtarzanych badań laboratoryjnych i obrazowych lekarze nie określą stopnia ciężkości OZT. Leczenie uzależnione jest od postaci choroby, ale zawsze ma na celu zatrzymanie zainicjowanego procesu „samotrawienia” trzustki oraz wyrównywanie zaburzeń ustrojowych towarzyszących chorobie.

1. **dożylne leczenie przeciwstrząsowe**, mające na celu uzupełnianie traconych płynów, które przenikają w przebiegu OZT z naczyń krwionośnych do jamy otrzewnowej i powodują zmniejszenie objętości krwi krążącej. 2. **monitorowanie czynności serca i nerek**, a także takich parametrów biochemicznych krwi, jak: glukoza, sód, potas, chlorki, wapń i wyrównywanie pojawiających się zaburzeń (wzrostu poziomu cukru, zaburzeń elektrolitowych, spadku poziomu wapnia), 3. **kontrolę morfologii krwi**, pojawiająca się anemia w przebiegu OZT może bowiem wymagać przetoczenia krwi. 4. **leczenie przeciwbólowe**, gdyż silny ból brzucha jest przyczyną dużego cierpienia chorego. Ból najlepiej znosi się opioidowymi lekami przeciwbólowymi – tramadolem lub petydyną. Morfina jest przeciwwskazana w OZT, gdyż może nasilać skurcz zwieracza Oddiego. Zniesienie bólu uspokaja chorego i poprawia jego samopoczucie psychiczne oraz korzystnie wpływa na oddychanie. 5. **wczesne wdrażanie antybiotykoterapii**, która ma na celu zapobiegać zakażeniu martwicy w trzustce. W tym celu stosuje się nowoczesne antybiotyki szerokowidmowe obejmujące bakterie Gram-ujemne. **Brak poprawy pomimo intensywnego leczenia w oddziale chirurgicznym jest wskazaniem do przeniesienia chorego na oddział intensywnej opieki medycznej.** 6. **zmniejszenie wydzielania trzustkowego** (odsysanie treści żołądkowej przez sondę, H2-blokery, blokery pompy protonowej, glukagon, somatostatyna), inhibitory enzymów trzustkowych (Aprotynina, mrożone osocze)

- wspomaganie oddechu (respirator)

- Chorzy wymagają monitorowania ciśnienia tętniczego krwi, tętna, diurezy, wskaźników układu krzepnięcia oraz równowagi kwasowo-zasadowej

Żywnienie w przebiegu OZT

Ponieważ wiadomo, że ostremu zapaleniu trzustki towarzyszy stan tzw. hiperkatabolizmu charakteryzujący się gwałtownym zużyciem zapasów białka i tłuszczów i chudnięciem chorego, dlatego po kilkudniowej głodówce wraz z obserwacją i rozpoznaniem u chorego postaci OZT podejmuje się decyzję o włączeniu **odżywiania- żywnienie parenteralne**.

U chorych z obrzękową postacią OZT jest to odżywianie doustne po opanowaniu stanu ostrego , u chorych z ciężkim OZT rozważa się *całkowite odżywianie dojelitowe czyli enteralne* za pomocą sondy dojelitowej, **częściej jednak wdraża się żywnienie pozajelitowe czyli parenteralne** .**Odżywienie to prowadzone jest specjalnymi dietami zapewniającymi właściwą podaż wszystkich składników odżywczych oraz odpowiednią kaloryczność.**

Leczenie operacyjne. Postać obrzękową ostrego zapalenia trzustki leczy się zachowawczo. W przypadku martwiczego OZT, leczenie zachowawcze wdrażane jest w stosunku do martwicy jałowej, nie zakażonej. Jeśli natomiast dochodzi do zakażenia martwicy, o czym może świadczyć brak poprawy klinicznej w trakcie leczenia lub pogorszenie stanu chorego pomimo prowadzonego przez pewien czas leczenia zachowawczego, to konieczne staje się leczenie operacyjne.

Opieka pielęgniarska nad chorym w bezpośrednim okresie po zabiegu operacyjnym powinna się skupić na kilku ważnych elementach:

- ⊙ *Kontrola świadomości chorego*
- ⊙ *Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych*
- ⊙ *oraz ocena barwy skóry i błon śluzowych*
- ⊙ *Obserwacja w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań związanych z samym zapaleniem trzustki oraz z zabiegiem*
- ⊙ Najczęściej występującymi powikłaniami miejscowymi związanymi z mięszem trzustki są:
  - wysięk płynu w torbie sieciowej lub wolnej jamie otrzewnej,
  - ostra torbiel rzekoma trzustki,
  - martwica mięszu trzustki, ropień trzustki, ropowica przestrzeni zaotrzewnowej.
- ⊙ Powikłania ostrego zapalenia trzustki
- ⊙ Powikłania dzielimy na ogólne i miejscowe.

Do pierwszej grupy zaliczamy:

-zespół ostrej niewydolności oddechowej

-wstrząs (czyli niebezpieczny dla życia stan kliniczny biorący się najogólniej rzecz ujmując z niedotlenienia komórek organizmu co prowadzi do upośledzenia funkcji ważnych dla życia narządów)

-hipokalcemię (stan w którym stężenie wapnia w organizmie jest zbyt niskie)

-niewydolność nerek, -niedrożność jelit

-zespół uogólnionego śródnaczyniowego wykrzepiania (polega na tworzeniu się w małych naczyniach krwionośnych mikrozakrzepów), hiperglikemia

Powikłania miejscowe ostrego zapalenia trzustki to przede wszystkim: ropień trzustki, torbiel trzustki, tętniak rzekomy tętnicy śledzionowej, krwotok z uszkodzonych tętnic i żył śledzionowych ( do jamy otrzewnej lub z przewodu pokarmowego ), zawał jelita, żółtaczkę mechaniczną, niedrożność dwunastnicy

Do powikłań krwotoczno-martwiczego OZT, oprócz wymienionych już wyżej, zaliczamy również:

- niewydolność krążenia,
- ostra niewydolność oddechowa ARDS,
- niewydolność nerek,
- wstrząs septyczny,
- zaburzenia krzepnięcia,

- cukrzycę,
- zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego pod postacią encefalopatii metabolicznej .

Do powikłań, które mogą wystąpić po zabiegu operacyjnym należy zaliczyć krwawienie pooperacyjne.

Przetoka trzustkowa: patologiczny kanał powodujący wypływ soku trzustkowego z przewodu Wirsunga, Santoriniego i innych drobnych przewodników przez powłoki skórne (zewnątrzna przetoka trzustkowa) lub do jam ciała czy innych narządów wewnętrznych (wewnętrzne przetoki trzustkowe).

Zewnętrzne przetoki trzustkowe to następstwo powikłań ciężkich postaci ostrego zapalenia trzustki, jakimi są ropnie i martwica, zwykle po ich leczeniu operacyjnym polegającym na drenażu i ewakuacji tkanek martwiczych. Czas tworzenia się i rodzaj przetoki oraz objętość treści z niej wypływającej zależą od wielkości uszkodzenia przewodu trzustkowego, wydolności mięszu trzustki i drożności przewodu trzustkowego. Płyn z przetoki trzustkowej może być mętny, mleczno-biały z obecnością tkanek martwiczych, a także czysty, klarowny, bezbarwny. Z zewnętrznych przetok trzustkowych może w ciągu doby wypływać od 10 do 2000 ml soku trzustkowego.

Zalecenia żywieniowe: Nie jest wskazana stymulacja zmienionego zapalnie narządu. U chorych obserwuje się wzmożoną przemianę materii. Wielu pacjentów jest niedożywionych, wskazane włączenie leczenia żywieniowego

Żywnienie enteralne podane poniżej „pola trzustkowego” nie stymuluje wydzielania trzustki, zmniejsza częstość powikłań i śmiertelność (diety peptydowe np. Peptamel Neutral, Peptisorb)

Żywnienie drogą doustną i wprowadzanie kolejnych potraw uzależnione od stanu ogólnego, perystaltyki, oraz na podstawie wartości wskaźników biochemicznych krwi. Po miesiącu wartość energetyczna diety powinna wynosić ok. 2200 kcal, ilość tłuszczu do 50 g, białka do 70 g. Dieta lekkostrawna, niskotłuszczowa, węglowodany w większości z produktów zbożowych. Posiłki 4-5 razy dziennie. Postępowanie terapeutyczne nie kończy się w chwili wypisu chorego do domu. U większości osób, które przebyły obrzękowe zapalenie trzustki, narząd ten zaczyna prawidłowo funkcjonować w ciągu od kilku tygodni do kilku miesięcy po chorobie, jeśli tylko zostały usunięte przyczyny choroby tj. zoperowany kamicy pęcherzyk żółciowy i utrzymywana abstynencja alkoholowa.

## **Choroby jelit**

### *Diagnostyka*

Badania podmiotowe-, które pozwalają na ustalenie rozpoznania lub je ukierunkowują.

Podstawą jest dobrze przeprowadzony wywiad dotyczący: -ból brzucha i w obrębie miednicy, - obecności krwawienia, -wycieku z odbytu, wydzielania śluzu, charakteru i trybu wypróżnień, - przebytych operacji w obrębie j. brzusznej oraz rodzinnego wystąpienia raka,

Badanie przedmiotowe – oparte na objawach podawanych przez chorego – ważne jest dokładne zbadanie chorego (badanie palpacyjne),Pozwala stwierdzić obecność guzów, ich wielkość , ruchomość, bolesność oraz innych objawów np. rozwój niedrożności

U chorych z podejrzeniem nowotworu należy zwrócić uwagę na stan wątroby i pachwinowe węzły chłonne( przerzuty)

radiologiczne; endoskopowe; laboratoryjne; czynnościowe

### Choroba Leśniowskiego – Crohna

jest przewlekłą chorobą zapalną, obejmującą całą grubość ściany jelita, najczęściej odcinek jelita krętego i przechodzi poza nią na tkanki sąsiednie, powodując wystąpienie wielu powikłań septycznych. Zmiany występują w kilku miejscach jednocześnie. Mimo że odbytca jest rzadziej objęta procesem chorobowym częściej występują powikłania przyodbytowe (ropnie, przetoki, szczeliny). Etiologia choroby nie jest znana.

Do typowych objawów choroby należy zaliczyć: biegunki, bóle brzucha, gorączkę, spadek masy ciała, ospałość oraz rozwój zmian chorobowych w okolicy odbytu. Krytyczne zwężenie światła okrężnicy prowadzi do obj. niedrożności przew. pokarmowego

Formułujący się ropień międzypętlowy w bad. palpacyjnym może być wyczuwalny w postaci guza. Przedziurawienie jelita daje pełnoobjawowe zap. otrzewnej, *choć niekiedy maskowane kuracją steroidową*

Rozpoznawanie Leśniowskiego-Crohna

Endoskopia- bł. śluzowa obrzęknięta, owrzodzenia w postaci głębokich szczelin, otoczone błoną o względnie prawidłowym wyglądzie – obraz „kamienia brukowego”

Wlew cieniujący- wskazuje obecność jednego lub więcej zwężonych odcinków j. grubego. Charakterystyczny obraz KOLCÓW RÓŻY I KAMIENIA BRUKOWEGO

USG i KT- wskazuje obecność ropni śródbrzusznych i pogrubień odc. jelit

Leczenie Leśniowskiego-Crohna

Zachowawcze- pozwala uspić ostre objawy, całkowite żywienie pozajelitowe i wyłączenie jelita z pasażu drażniącej treści pokarmowej

Chirurgiczne, gdy - niedrożność jelit, ropień wewnątrzotrzewnowy, rozlane zap. otrzewnej w wyniku przedziurawienia jelita, toksyczna rozrzeń okrężnicy, masywny krwotok, podejrzenie raka, przetoki między jelitem a pęcherzem moczowym, pochwą lub inną pętlą jelitową

Leczenie Leśniowskiego-Crohna – cel operacji: Usuwa się bardzo zmienione odcinki jelita, Drenuje ropnie i likwiduje się przetoki. W przypadku rozległych ropni i zniszczonego aparatu zwieraczowego odbytu, wykonuje się definitywną kolostomię, w przypadku perforacji z zap. otrzewnej i nieszczelności wykonanych zespołów wykonuje się również kolostomię

Zespół krótkiego jelita powstaje w wyniku rozległych resekcji jelita oraz przetoki jelitowej zewnętrznej lub wewnętrznej. Przyczyną może być rozległe wycięcie jelita w wyniku niedokrwienia spowodowanego zatorami tętnicy kreskowej górnej lub w zakrzepicy żył kreskowych. Do typowych objawów zespołu należą: biegunki i stolce tłuszczowe, zmniejszenie masy ciała, niedożywienie, zaburzenia wodno – elektrolitowe, osłabienie, niedokrwistość, upośledzenie czynności wątroby,

Uchyłki jelita cienkiego to przede wszystkim wrodzony uchyłek Meckela, umiejscowiony w końcowym odcinku jelita krętego, jako pozostałość życia płodowego. Choroba uchyłkowa jelita grubego



Są to drobne przepukliny błony śluzowej jelita wypchniętej wraz z błoną podśluzową na zewnątrz przez ścianę jelita, w miejscach o zmniejszonej oporności. Występowanie ich licznie nazywamy uchyłkowatością. Główne powikłania uchyłków: zapalenie i masywny krwotok. Zapalenie może powodować groźne powikłania jak: Naciek zapalny ściany jelita, Niedrożność mechaniczna, Ropień około jelitowy, Rozlane zapalenie otrzewnej, Przetoki do pęcherza moczowego, pochwy i skórne. Przyczyną krwotoków są nadżerki sąsiadujących z uchyłkami naczyń krwionośnych lub ziarnina zapalna

Wskazania do zabiegu:

- ✓ Powikłania zapalenia uchyłków [rozlane lub ograniczone zap. otrzewnej(*guz zapalny, ropień*), *przetoki, niedrożność jelit, krwotoki*]
- ✓ Nawracające zap. uchyłków
- ✓ znaczne bóle i ciężkie zaparcia stolca
- ✓ Wątpliwości diagnostyczne-podejrzenie nowotworu

#### Wrzodziejące zapalenie jelita grubego

jest chorobą o nieznannej etiologii, podejrzewa się wpływ czynników genetycznych, środowiskowych, zakaźnych i autoimmunologicznych. Podobieństwo do choroby L-C, stwarza trudności diagnostyczne i histopatologiczne. Charakterystyczne okresy remisji i zaostrzeń, zmiany zapalne dotyczą tylko błony śluzowej i podśluzowej jelita, prowadząc do powstania wielu krwawiących, płytkich owrzodzeń. Mogą tworzyć się ropnie i polipy rzekome. Proces chorobowy rozpoczyna się od zwykle od odbytnicy i stopniowo obejmując wyższe odcinki okrężnicy. Głównym objawem choroby są; biegunki często krwawe z domieszką śluzu i treści ropnej w stolcu. Pojawiają się kurczowe bóle brzucha, gorączka, zmniejszenie masy ciała. W ostrym rzucie dochodzi do niedobiałczenia, niedokrwistości i zaburzeń wodno-elektrolitowych. W okresie remisji objawy łagodnieją i stan chorego poprawia się

Leczenie CU Operacyjne

- ✓ Celem jest usunięcie całego jelita wraz ze zmienioną chorobowo błoną śluzową
- ✓ Jeżeli brak przetok, ropni, szczelin możliwe jest zachowanie aparatu zwieraczowego odbytu oraz wytworzenie nowej odbytnicy w postaci zbiornika uszytego z jelita- leczenie trzyletadowe (Y-pouche)
- ✓ Powikłania septyczne i toksyczna rozstrzeń okrężnicy- zagrożone dużą śmiertelnością pomimo intensywnej terapii i radykalności zabiegu

#### Polipy jelita grubego

uważane są za stany przed rakowe – występują u około 10% populacji u dorosłych. Najczęściej umiejscowione są w okrężnicy i odbytnicy, uwypuklając się z powierzchni błony śluzowej do światła jelita. Prawdopodobnie ponad 95% raków jelita grubego powstaje z polipów gruczolakowatych

Rozpoznawanie: badanie *per rectum* oraz endoskopowe mają decydujące znaczenie.

Polipy powinny być pobierane do badania w całości ze względu na możliwość współwystępowania raka. Po usunięciu polipów zaleca się po 1-,5-,10- ciu latach badania kontrolne celem identyfikacji tych *de novo*

Polipowatość rodzinna – jest rzadkim, uwarunkowaniem genetycznie schorzeniem, przenoszona autosomalnie jako cecha dominująca. Polipy występują w błonie śluzowej całego jelita grubego w setkach lub tysiącach wszystkich typów polipów gruczolakowatych, z których w 3 lub 4 dekadzie życia u prawie 100% chorych rozwinie się rak .

Leczenie operacyjne

- Usunięcie okrężnicy z zachowaniem odbytnicy( niewielka liczba polipów, monitorowanie endoskopowe)
- Usunięcie całego jelita grubego z wytworzeniem nowej odbytnicy za pomocą zbiornika z jelita cienkiego

Rak gruczołowy

stanowi 95% wszystkich nowotworów złośliwych jelita grubego. Objawy zależą od umiejscowienia nowotworu. Jeżeli rak jest umiejscowiony w prawej połowie okrężnicy, dominuje *niedokrwistość z niedoboru żelaza, smoliste stolce, wyczuwalny guz po prawej stronie jamy brzusznej*. Umiejscowienie w lewej części okrężnicy cechuje *zmiana charakteru wypróżnień, widoczne krwawienie z odbytu, ból brzucha o charakterze skurczowym* ( spowodowane narastającą niedrożnością)

Rozpoznawanie: wlew cieniujący z podwójnym kontrastem, badania endoskopowe, badania obrazowe( *USG, KT, RTG*), USG endoskopowe. Badanie *per rectum- dla rak odbytnicy*. Leczenie operacyjne- postępowaniem z wyboru, doszczętne usunięcie guza( *okoliczne tkanki i narządy*). Operacje łagodzące –paliatywne u chorych z zaawansowanym rakiem ( np. zespolenie omijające). Leczenie wspomagające- chemioterapia, immunosupresja

Żyłaki odbytu są żyłakowatymi rozszerzeniami żył splotu odbytniczego. Do przyczyn choroby zaliczamy między innymi nadciśnienie w układzie żyły wrotnej, ciąża, zaparcia, błędy dietetyczne

Stomia jelitowa

Stomia – jest to sztuczna przetoka, wytworzona pomiędzy wnętrzem jelita a powłokami brzuszными.

To celowo wykonane połączenie światła jelita grubego lub cienkiego ze skórą powłok jamy brzusznej.

Stomia jelitowa czyli brzuszny odbyt wykonywany jest w czasie operacji ze wskazań pilnych lub planowo

KRYTERIA PODZIAŁU STOMII JELITOWEJ

Czasowa lub definitywna

Ileostomia, kolostomia

Stomia końcowa – tzw.jednolufowa

Stomia boczna – tzw. dwulufowa (pętlowa)

UROSTOMIA-To połączenie czasowe lub definitywne układu moczowego ze skórą. Należą do niej:

- nefrostomia, cystostomia- ureterocutaneostomia- wstawka jelitowa

Prawidłowe wyznaczenie miejsca stomii

Zasady prawidłowej stomii Turnbull'a i Weakley'a

- na gładkiej powierzchni skóry, z dala od blizn (odległość co najmniej 4 cm), kolców biodrowych, fałdów skórnych i zmian skórnych ;

-Lokalizację stomii ustala się w trzech pozycjach (siedząca, stojąca, leżąca) przed zabiegiem operacyjnym przy czynnym udziale pacjenta.

Zwykle jest to u osoby praworęcznej dolny lewy kwadrant jamy brzusznej, poniżej pępka kilka centymetrów od linii pośrodkowej ciała.

Opieka nad pacjentem ze stomią

1. Okres przedoperacyjny(diagnozowanie chorego i przygotowanie do zabiegu)
2. Okres śródoperacyjny(wykonanie odbytu brzuszego i zaopatrzenie w sprzęt stomijny na stole operacyjnym)
3. Okres pooperacyjny(przygotowanie chorego do samoopieki)

Bezpośrednio po zabiegu na stole operacyjnym należy założyć indywidualnie dobrany, przezroczysty worek stomijny umożliwiający obserwację kikuta przetoki.

## PIELĘGNACJA STOMII

### Codzienna ocena stanu i wyglądu stomii

Właściwa pielęgnacja stomii oraz skóry wokół stomii

Odpowiedni dobór sprzętu (w zależności od rodzaju stomii, powikłań, upodobań)

Odpowiedni sposób posługiwania się sprzętem

Prawidłowe mycie i osuszanie skóry wokół stomii

Właściwe wykorzystanie akcesoriów do pielęgnacji stomii

## POWIKŁANIA STOMII

Wczesne, późne

Chirurgiczne,dermatologiczne,odólnoustrojowe

Najczęstsze z nich: *zmiany skórne wokół stomii, przepukliny okołostomijne, zwężenia stomii, ich zapadnięcia, wypadanie, krwawienia, zmiany o charakterze polipów, przetok, czy nawrót choroby z powodu którego została wyłoniona*

#### ZAPOBIEGANIE ZAPALENIU SKÓRY

Dbać i higienę

Starannie pielęgnować i golić skórę

Systematycznie wymieniać płytki i worki

Dokładnie dopasować otwór w płytce do wielkości stomii

Unikać pokarmów kwaśnych oraz powodujących biegunki

Stosowanie past uszczelniająco –gojących

Płytki typu CONVEX do stomii wklęsłej

Płytki elastyczne przy przepuklinie okołostomijnej

**STOMIA WKŁĘŚŁA** -Stomia w której jelito przyszyte do skóry uległo wciągnięciu z powodu dużego przyrostu wagi pacjenta po zabiegu lub z innych przyczyn. Do zaopatrzenia takiej stomii stosuje się płytkę typu CONVEX oraz pastę uszczelniająco - gojącą

**PRZEPUKLINA OKOŁOSTOMIJNA**-U prawie 90% pacjentów po operacji wyłonienia stomii występuje przepuklina okołostomijna. Jest to wypadnięcie pętli jelita przez otwór w otrzewnej poza jamę otrzewnej. Pielęgnacja stomii z przepukliną okołostomijną polega na dobraniu odpowiedniego sprzętu stomijnego

#### Problemy pielęgnacyjne w opiece nad pacjentem ze stomią jelitową

1. lek z powodu braku wiedzy na temat wytworzenia stomii,
2. możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych z powodu zalegania mas kalowych i flory bakteryjnej w jelicie, oraz niewyznaczenia miejsca wyłonienia stomii,
3. możliwość wystąpienia niedokrwienia i martwicy stomii z powodu niewłaściwego wytworzenia stomii,
4. możliwość wystąpienia krwawienia i zakażenia rany po usunięciu brzuszno – kroczywym odbytnicy,
5. trudności w zaspokojeniu potrzeb z powodu ograniczenia w poruszaniu się,
6. nieakceptowanie stomii z powodu zmienionego wyglądu ciała i braku kontroli nad wydalaniem,
7. brak umiejętności samoopieki,

## Problemy pielęgnacyjne u chorych zakażonych pasożytami

**Pasożyty - różnią się od innych chorobotwórczych czynników biologicznych wieloma cechami, a choroby przez nie wywoływane nazywane są chorobami pasożytniczymi lub inwazyjnymi.**

**Wywołują je robaki płaskie lub robaki obłe.**

**Większość robaków pasożytujących na ludziach umiejscawia się w przewodzie pokarmowym, a ich rozprzestrzenianiu się sprzyjają złe warunki sanitarne oraz zanieczyszczenie żywności i wody ich jajami.**

- Lamblioza
- **Giardia lamblia** jest pierwotniakiem i występuje jako trofozoit i cysta.
- jest pasożytem z rodziny wiciowców, powszechnie występującym w umiarkowanych szerokościach geograficznych, tak samo często w krajach wysoko rozwiniętych jak i rozwijających się.
- **Najczęstszym sposobem zakażenia jest picie skażonej wody.** Cysty tego pasożyta mogą przetrwać w wodzie do 3 miesięcy. Giardia lamblia oporne są na chlor! Zakażenie częściej występuje u dzieci niż u dorosłych.
- Pasożyt zamieszkuje jelito cienkie. Jest przyczyną złego wchłaniania, zwłaszcza lipidów i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A,D,E, K). Z zakażeniem związane jest również uszkodzenie kosmków.
- **W przypadku osób z wydolnym układem immunologicznym (odpornościowym) choroba ustępuje zwykle po 4 dniach.**
- Niedobór witaminy A w organizmie lub znaczne upośledzenie wydzielania kwaśnego soku żołądkowego usposabiają do rozwoju pełnoobjawowej choroby.
- Ciężkie zakażenie może być przyczyną nietolerancji laktozy. W krańcowych przypadkach, ciężkie odwodnienie może stwarzać zagrożenie życia.
- **Diagnozowanie**
- Giardiazę diagnozuje się poprzez badania mikroskopowe, serologiczne i enterotesty. Rozpoznanie ustala się po występujących objawach towarzyszących lambliozie, jednak najcenniejsze są badania laboratoryjne.
- **Lambliozę można potwierdzić znajdując w kale cysty lamblii lub obecność antygeny.** Cenną informacją może też być badanie kwasowości krwi, które w czasie zakażenia lambliami ulega zwiększeniu, zakłócając homeostazę organizmu.
- Cysty wydalane są okresowo, w celu wykrycia zakażenia trzeba pobrać do badania mikroskopowego wiele próbek przez okres 8 – 10 dni.

- Badanie serologiczne wykonuje się za pomocą jednego z wielu testów immunoenzymatycznych lub za pomocą przeciwciał monoklonalnych znakowanych barwnikiem fluorescencyjnym.
- Treść dwunastniczą można zbadać mikroskopowo (gastroskopia, gastrofiberoskopia).
- Problem, niedokładne wykonywanie tych badań przez laboratoria oraz zbyt krótki okres czasu w jakim przeprowadzane są badania czyli przez dwa, trzy dni, podczas gdy niektóre z pasożytów, aby zostały wykryte wymagają badania kału przez 8 do 10 dni lub dłużej.
- W kale zarażonych, w skutek złej pracy układu trawienia i z powodu braku końcowego trawienia prowadzonego przez "przyjazne bakterie", można odnaleźć nie strawione resztki pokarmów, jak np. tłuszcze, ziarna skrobi, włókna mięsne.
- Można zaobserwować również, iż pokarm nie strawiony wydalany jest prawie w całości.
- **Pasożyty są czynnikiem alergizującym organizm**
- **Źródłem zakażenia** może być człowiek – nosiciel lub zwierzęta
- **Drogi zakażenia** Zarażenie odbywa się poprzez spożycie zanieczyszczonych cystami lamblii owoców, jagód, warzyw, wody jak również przez zainfekowane ręce i przedmioty. Dostając się do przewodu pokarmowego lamblie bardzo szybko mnożą się podrażniając śluzówkę.
- **Objawy**
- Najczęściej zakażenie przebiega bezobjawowo.
- Objawy ostrego zakażenia występują po 1-3 tyg., są niejednoznaczne i zależne od wieku i stanu wydolności układu immunologicznego (odpornościowego).
- U dorosłych objawy to: nudności, brak apetytu, gwałtowne, wodniste, sfermentowane stolce o żółtym zabarwieniu, gazy, niewielka gorączka, wzdęcia, kurczowe bóle brzucha, niekiedy w okolicy pęcherzyka żółciowego, bóle głowy, zmęczenie, bezsenność, reakcje uczuleniowe z różnego rodzaju wysypką i stany podgorączkowe.
- U dzieci zwykle występuje wodnista biegunka.
- Zespoły objawowe zależą od głównego umiejscowienia i rozmnażania się pasożyta.
- Są różne, zależą od wieku i stanu wydolności układu immunologicznego, a także rodzaju szczepu Giardia.
- U dzieci - nawracające, przewlekłe bóle brzucha, nasilające się po jedzeniu, częste, okresowe biegunki - zwykle występuje wodnista biegunka, ogólne osłabienie i podżółtaczkowe zabarwienie oczu - to najczęstsze objawy umiejscowienia się lamblii w dwunastnicy i drogach żółciowych dziecka.

- U dorosłych nudności, brak apetytu, gwałtowne, wodniste, sfermentowane stolce, wiatry, niewielka gorączka, wzdęcia, kurczowe bóle brzucha, niekiedy w okolicy pęcherzyka żółciowego. Stolec nie zawiera ropy, ani krwi.
- W przypadku rozległego zakażenia rozwija się ostra lub przewlekła biegunka, może dojść do zaburzeń wchłaniania z przewodu pokarmowego a tym samym niedożywienia organizmu i utraty masy ciała, do rozlanych bólów nadbrzusza lub lekkiego zapalenia pęcherzyka żółciowego.
- Często **zakażenie wątroby** lambliami przejawia się w postaci **zapalenia pęcherzyka żółciowego, zapalenia przewodów żółciowych a nawet martwicy wątroby.**
- Również i **serce** jest narażone na uszkodzenie. Następuje podwyższona pobudliwość czynności serca oraz stonowane bicie serca. Występują **zaburzenia systemu nerwowego**, w postaci męczenia się, rozdrażnienia lub apatii, płaczliwości, bólów głowy i mięśni, kołatania serca, skoków temperatury, spowolnienia rozwoju u dzieci, zaburzeń w przemianie materii oraz chudnięcia.
- Można zaobserwować drżenie palców i zwiększoną potliwość.
- Lamblie mogą się zagnieździć również w **trzustce**.
- **Aby wytepić pasożyty, kuracji muszą się poddać wszyscy członkowie najbliższej rodziny chorego oraz domowe zwierzęta!**
- **Profilaktyka:**
- Higiena rąk.
- Gotowanie i filtrowanie wody.
- Istotne znaczenie ma dieta z ograniczeniem słodczy (węglowodanów) i podawanie dużej ilości błonnika, np. jabłka, suszone śliwki.
- Dieta będzie sprzyjać neutralizowaniu toksycznych jądów - odchodów pasożytniczych oraz sprzyja szybszemu usuwaniu pasożytów i toksyn w przewodzie pokarmowego.
- Dieta może wspierać kurację i działać ochronnie na śluzówkę, podczas stosowania farmakologicznych leków przeciw pasożytom, które jako skutek uboczny mogą niszczyć śluzówkę przewodu pokarmowego i jego mikroflorę.
- Znane od lat picie soku z kiszonej kapusty, jedzenie kiszonych ogórków suszonych śliwek czy pestek dyni można stosować, gdyż poprawia mikroflorę w przewodzie pokarmowym sprzyjając usuwaniu pasożytów - wspiera kurację.
- **GLISTA LUDZKA**  
**GLISTNICA**
- Glistnica (Ascariasis) – Jest to jedna z najczęstszych chorób pasożytniczych przewodu pokarmowego.

- Wywołana jest przez zakażenie jelita ludzkiego glistą ludzką (*Ascaris lumbricoides*). Glista ludzka to robak o długości 25-40 cm. Na zdjęciu samiec i samica glisty . Najczęściej chorują dzieci.
- Człowiek zakaża się przez spożycie pokarmów zanieczyszczonych jajeczkami z larwami. Jaja pasożyta znajdują się zwykle w kale innego żywiciela.
- Do zakażenia dochodzi drogą pokarmową przez połknięcie jaj , przenoszonych przez brudne ręce, zanieczyszczony kałem pokarm lub wodę.
- Jaja glisty wydalane z kałem zawierają taką formę zarodka, która nie jest zdolna do zarażenia.
- Dopiero po 6-tygodniowym rozwoju poza ustrojem, w wodzie lub wilgotnej glebie powstaje zakaźna larwa.
- Po zakażeniu człowieka larwa dostaje się do jelita cienkiego, wydostaje się z otoczki jaja, przebija się przez ścianę jelita do naczyń krwionośnych, a następnie z krwią wędrują do oskrzeli i pęcherzyków płucnych.
- Larwy odkrztuszone do jamy ustnej są połykane z plwociną i w ten sposób ponownie dostają się do jelit, gdzie dojrzewają w ciągu 2-3 miesięcy od zakażenia.
- Glista bytuje w jelicie 13-15 miesięcy. Po tym czasie dochodzi do samowyleczenia, o ile nie nastąpi ponowne zakażenie lub powikłania, np. niedrożność jelita czy zapalenie wyrostka robaczkowego.
- W jelicie może przebywać nawet kilkaset glist jednocześnie.
- Samica produkuje ogromne ilości jaj, które są wydalane z kałem.
- Objawy glistnicy
- Wędrowka larw w ustroju wywołuje objawy skórne i płucne spowodowane reakcją alergiczną. U części osób zarażonych glistą ludzką występują objawy alergiczne, napady duszności
- W czasie wędrówki larw przez płuca pojawia się ponadto zapalenie oskrzeli, odoskrzelowe zapalenie płuc lub naciek płuca.
- Obecność glist w jelitach powoduje: nudności, wymioty, biegunki, bóle w jamie brzusznej oraz osłabienie, brak apetytu, bóle głowy, rozdrażnienie, bezsenność.
- **Możliwe powikłania to:** niedrożność przewodu pokarmowego spowodowana nagromadzeniem się glist w jelicie cienkim oraz zapalenie płuc.

Charakterystyczne objawy u dzieci:

- *wzmożona pobudliwość nerwowa*
- *bóle brzucha i wymioty*



- *zmiany skórne – świąd skóry, pokrzywki, wypryski*
- *zapalenie spojówek*
- *napady astmy oskrzelowej*
- *z czasem może dojść do zahamowania wzrostu i niedoboru masy ciała*
- Rozpoznanie i leczenie glistnicy
- Rozpoznawanie jest często przypadkowe np. poprzez zauważenie glisty w kale chorego lub z wymiotowanej treści pokarmowej.
- W przypadku podejrzenia choroby podstawowe znaczenie ma badanie kału na obecność jaj pasożytów.
- Przy dolegliwościach płucnych wykonuje się zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej. Niezbędny szybki kontakt z lekarzem!
- Gdy pojawiają się silne bóle brzucha, napady duszności i wymioty. Leczenie prowadzi się w domu. Jego celem jest eliminacja pasożytów z organizmu. Zasadą jest farmakoterapia z zastosowaniem preparatów typu albendazol, mebendazol, pyrantel.
- Dieta nie ma znaczenia dla skuteczności terapii.
- Po 2 tyg. sprawdza się skuteczność leczenia, badając kał.
- W razie niepowodzenia, kurację się powtarza zwykle do eliminacji pasożytów i ustąpienia dolegliwości.
- Należy w czasie leczenia i po nim rygorystycznie przestrzegać higieny osobistej tak aby nie doszło do nawrotu choroby.
- Należy codziennie zmieniać bieliznę pościelową i osobistą, dezynfekować urządzenia sanitarne, dokładnie czyścić podłogę i dywan odkurzaczem, środkami dezynfekującymi itp.
- **Zapobieganie** glistnicy polega na picciu przegotowanej wody i przestrzeganiu ogólnych zasad higieny osobistej i żywienia. Należy starannie myć warzywa i owoce, zwrócić uwagę, żeby dzieci myły ręce przed jedzeniem, zwłaszcza po każdej zabawie z rówieśnikami oraz po skorzystaniu z toalety.
- TASIEMCE – Taenia
- Tasiemce są wewnątrznie pasożytującymi płazińcami, to pasożyt jelitowy w ciele człowieka osiągają do 15 metrów długości
- **Objawy** infestacji tasiemcami to najczęściej: osłabienie, chudnięcie, nudności, wymioty, bóle brzucha, biegunka, zaparcia.
- Bruzdogłowiec szeroki charakteryzuje się dużym zapotrzebowaniem na witaminę B12 , której niedobory w organizmie ludzkim mogą się objawić poważną anemią.

- Gdy człowiek jest żywicielem pośrednim, np. *Taenia solium*, skutki obecności larw w jego organizmie są poważniejsze.
- Wągrzy osadzające się w mięśniach powodują bóle i upośledzenie ich czynności.
- Mogą się także zagnieździć w innych narządach (mięśniu sercowym, wątrobie, płucach, a nawet siatkówce oka czy w mózgu) i spowodować ich uszkodzenie, a nawet śmierć chorego na tasiemczycę.
- Szczególnie niebezpieczny jest tu tasiemiec bąblowcowy.
- W Polsce do zakażenia dochodzi często z powodu zanieczyszczenia ujęć wody pitnej przeciekami z okolicznego szamba, w których dno jest rozbite w celach oszczędnościowych. Także u dzieci na wsi, które często bawią się w okolicach gnojnika
- **Powikłania tasiemczycy**
- Zapalenie wyrostka robaczkowego,
- Niedrożność przewodu pokarmowego,
- Niedokrwistość z niedoboru witaminy B12 (bruzdogłowiec szeroki),
- Wągrzyca – w przypadku połknięcia jaj pasożyta (samozakażenia) wągrzy mogą osiadać w różnych narządach (skóra, mięśnie, wątroba, a nawet mózg), powodując miejscowy stan zapalny i objawy związane z uciskaniem narządów.

#### ***Leczenie farmakologiczne tasiemczycy:***

- Preparaty stosowane w zakażeniu tasiemcem są bardzo skuteczne.
- W leczeniu stosuje się prazykwantel lub niklozamid; lek przyjmuje się jednorazowo.
- Po 3-6 tygodniach sprawdza się skuteczność leczenia badając kał. W razie niepowodzenia kurację się powtarza.
- *Znana jest kuracja naturalna polegająca na 3 dniowej głodówce z popijaniem lekko osolonej wody, co powoduje ucieczkę tasiemców z organizmu, szczególnie tasiemca nieuzbrojonego. Czasem kurację tę należy powtórzyć lub przedłużyć do 5 dni.*
- 

#### **OWSICA**

(owsiki LUDZKIE, enterobioza)

- inwazyjna choroba pasożytnicza spowodowana przez drobnego nicienia – owsika ludzkiego (*Enterobius vermicularis*).

- Owsiki to robaki pasożytujące w jelicie grubym człowieka. Są najbardziej rozpowszechnionymi pasożytami, zwłaszcza u dzieci - nosicielami jest około 1/5 dzieci.
- Owsik dostaje się do organizmu człowieka przez połknięcie lub wdychanie jaj.
- Z jamy ustnej jajo przedostaje się do jelita grubego.
- Zараżenie może też występować na drodze retroinwazji (reinwazji) polegającej na aktywnym wnikaniu larw (krótko po złożeniu) przez odbytnicę do jelita grubego.
- Robaki dojrzewają po 2-4 tygodniach, a żyją do 2 miesięcy. Samica, wędruje nocą, składa ok. 8000-12000 jaj w lepkiej wydzielinie w okolicy odbytu, a także w przypadku kobiet niekiedy w przedniej części pochwy.
- Jaja są składane poza organizmem człowieka, aby zapewnić odpowiednią wilgotność oraz temperaturę 30-36 stopni Celsjusza.
- Chorzy dotykając palcami okolic krocza i bielizny osobistej zbierają na swoje ręce jajeczka; znajdują się one również w pościeli, co zagraża personelowi medycznemu.
- Jeżeli są przestrzegane zasady higieny, cykl życiowy nie zamknie się.
- Choroba jest bardzo rozpowszechniona (ponad miliard zachorowań na świecie w ciągu roku), najwięcej w przedziale pomiędzy 5. a 6. rokiem życia.
- Sprzyja jej przebywanie w żłobkach, przedszkolach, szkołach, internatach i domach dziecka.
- Wśród zarażonych dzieci 30-40% należy do rasy białej a 10-15% czarnej.
- Dorośli są mniej podatni na zarażenia, co tłumaczy się wzrostem odporności z wiekiem.
- Owsiki to robaki pasożytujące w jelicie grubym człowieka. Są najbardziej rozpowszechnionymi pasożytami, zwłaszcza u dzieci - nosicielami jest około 1/5 dzieci.
- Robaki te długości kilku milimetrów przysysają się do ścian jelita. Wypełzając z jelita głównie nocą, w fałdach skóry w okolicy odbytu składają jaja. Ich jaja dostają się na skórę w okolicy okołodbytniczej, co wywołuje swędzenie, prowokujące drapanie.
- Do zakażenia dochodzi drogą doustną.
- owsicą można się też zarazić przez wdychanie jaj owsika rozpylanych z kurzem i będących w powietrzu na niskiej wysokości, jak też tymi, które zostały na pościeli albo powędrowały z kurzem na zasłony, zabawki, czy w zakamarki mieszkania
- **Enterobioza (owsica)** - przebieg zależy od liczby pasożytów i odporności żywiciela - chore dzieci z powodu silnego swędzenia w okolicy odbytu źle śpiąją.
- **Owsiki**  
**objawy u dziecka zakażonego**
- brak apetytu

- w nocy drapie się, źle śpi
- nie może usiedzieć w jednym miejscu,
- obgryza paznokcie, zgrzyta zębami
- jest blade, ma podkrążone oczy
- skarży się na bóle głowy lub brzucha
- czasem zaczyna ponownie moczyć się w nocy
- może mieć zapalenie wyrostka robaczkowego
- bóle brzucha
- zaburzenia wypróżniania
- nudności
- zapalenie skóry
- wysypka
- Przy dużym nasileniu owsica może doprowadzić do poważnych zahamowań w rozwoju fizycznym i psychicznym.
- U dziewczynek dochodzi nieraz do zapalenia sromu i pochwy, co objawia się swędzeniem, pieczeniem i białymi upławami.
- **Rozpoznanie**
- badanie kału na obecność jaj, w ciężkich przypadkach samic pasożyta, minimum 3 próbki stolca z różnych dni.
- Test taśmy celofanowej polega na dotknięciu lepką stroną taśmy celofanowej okolic odbytu, co powoduje przywarcie do niej jaj. Próbki należy zebrać rano przed kąpielą i skorzystaniem z toalety. Test jest ujemny, gdy otrzymuje się kolejno 3 do 4 wyników ujemnych.
- Można wykonać test kontrolny aparatem MOORA.
- Istotne znaczenie ma też dieta z ograniczeniem słodczy (węglowodanów) i podawanie dużej ilości błonnika, np. jabłka, suszone śliwki.
- **Leczenie** stosuje się w postaciach objawowych infestacji i polega na podaniu jednorazowej dawki mebendazolu (Vermox)(200 mg *p.o.*), albendazolu (200 mg *p.o.*) lub pyrantelu (10 mg/kg masy ciała *p.o.*).
- Kurację pyrantelem powtarza się za 2 tygodnie, albendazolem i mebendazolem za miesiąc.
- 
- Włośnica

- jest odzwierzęcą chorobą inwazyjną spowodowaną przez spożycie larw nicienia z rodziny Trichinella, które uwalniają się w jelicie człowieka osiągając formy dojrzałe.
- Dojrzałe samice rodzą żywe larwy, które z jelit przedostają się do krwiobiegu i z krwią roznoszone są po całym organizmie żywiciela.
- Larwy osiedlają się głównie w mięśniach poprzecznie prążkowanych (z wyjątkiem mięśnia sercowego), gdzie w postaci otorbionej mogą pozostać przez kilka a nawet kilkanaście lat.
- Rezerwuarem nicieni w środowisku naturalnym jest dzik, niedźwiedź, wilk, lis, ale zakażone mogą być również zwierzęta domowe – świnie, psy, koty, konie.
- **Źródłem zakażenia** człowieka jest mięso i jego przetwory zawierające żywe larwy włośnia, niepoddane odpowiedniej obróbce termicznej.
- Człowiek jest żywicielem przypadkowym, a zakażony nie stanowi zagrożenia dla otoczenia.
- W Polsce rejestruje się od kilkunastu do kilkuset przypadków zachorowań rocznie, a najczęstszym źródłem zakażenia jest mięso wieprzowe i mięso z dzika.
- Objawy kliniczne
- Włośnica u człowieka może mieć różny przebieg od postaci bezobjawowych do przypadków ciężkich ze zgonami włącznie.
- Na przebieg choroby ma wpływ wrażliwość ustroju, wiek chorego, a przede wszystkim intensywność inwazji.
- Choroba zaczyna się najczęściej zaburzeniami ze strony przewodu pokarmowego: bóle brzucha, nudności, wymioty, biegunka, do których dołącza się gorączka i bóle mięśni karkowych, szkieletowych oraz bóle gałek ocznych i symetryczne obrzęki powiek.
- Może również wystąpić wysypka i wybroczyny na skórze i pod paznokciami.
- W zależności od umiejscowienia larw mogą wystąpić objawy ze strony układu krążenia, oddechowego i ośrodkowego układu nerwowego.
- W badaniach laboratoryjnych dominującymi objawami jest eozynofilia i niedobory białkowe.
- Zapobieganie
- Spożywać należy tylko mięso pochodzące z pewnych źródeł, które było poddane badaniom weterynaryjnym w kierunku larw włośnia.
- Nie kupować mięsa i przetworów z dziczyzny od przygodnych sprzedawców na bazarach.
- Mięso wieprzowe i mięso z dzika należy poddawać odpowiedniej obróbce gwarantującej unieszkodliwienie larw włośni (czas gotowania minimum 30 minut).

## ZAPALENIE OTRZEWNEJ I OSTRE SCHORZENIA JAMY BRZUSZNEJ

### ZAPALENIE OTRZEWNEJ-DEFINICJA

Zespół objawów chorobowych o różnej etiologii spowodowany stanem zapalnym otrzewnej o charakterze rozlanym lub ograniczonym wywołany przez różne czynniki: chemiczne, fizyczne lub biologiczne, głównie chorobotwórcze drobnoustroje, w następstwie chorób i urazów narządów jamy brzusznej, rzadziej leżących poza nią, powodujących miejscowe, a następnie ogólne zmiany w ustroju

### Otrzewna

Błona surowicza, która od wewnątrz pokrywa ścianę jamy brzusznej i miednicę mniejszą, a jej pozostała część pokrywa leżące w niej narządy. Wyróżniamy otrzewną ścienną i trzewną oraz jamę otrzewnej. W warunkach prawidłowych w jamie otrzewnej znajduje się niewielka ilość jasnego płynu surowiczego (20-30 cm<sup>3</sup>). Jeżeli otrzewna całkowicie otacza narząd – ma on położenie wewnątrzotrzewnowe, np. żołądek, jelito cienkie, wątroba, śledziona. Inne narządy otrzewna pokrywa częściowo – narządy leżą zewnątrzotrzewnowo, np. nerki, odbytnica.

### OBRAZ KLINICZNY ZAPALENIA OTRZEWNEJ

#### 1. Wywiad

stały ból brzucha (ograniczony lub rozlany),

nudności i wymioty

zatrzymanie gazów i stolca

#### 2. Objawy miejscowe

Obrona mięśniowa (podczas zapalenia ograniczonego do otrzewnej miednicznej nieobecna- nerw płciowo-udowy unerwiający czuciowo ten obszar otrzewnej nie prowadzi gałęzi ruchowych)

Objaw Blumberga

Perystaltyka jelit niesłyszalna (w początkowym okresie zapalenia otrzewnej może występować wzmożona perystaltyka)- słyszalne są jedynie tony aorty tzw. „dzwon śmierci”

Bolesność uciskowa (ograniczona lub rozlana)

Wzdęcie brzucha (bębnica)

3. Objawy ogólne: tachykardia, zmniejszenie diurezy, spadek ciśnienia tętniczego krwi, tzw. „twarz Hipokratesa”- przy dłuższym trwającym zapaleniu otrzewnej

Objawy te są wyrazem hipowolemii będącej efektem wymiotów, zatrzymania podaży płynów oraz przechodzenia płynów ustrojowych do tzw. trzeciej przestrzeni (jama otrzewnej, jelita, żołądek), podwyższona temperatura ciała

4. Badania dodatkowe: leukocytoza, wzrost poziomu glikemii, mocznika, kreatyniny, kwasica , hipokaliemia i hiponatremia, obraz radiologiczny (obecność powietrza pod kopułą przepony, poziomy płynowo-gazowe w jelitach, obecność uwapnionych złogów w pęcherzyku żółciowym i układzie moczowym).

Bezmocz i twarz Hipokratesa są objawami utraty płynu pozakomórkowego i hipowolemii.

Hipowolemia – w łożysku naczyniowym znajdują się zbyt mała ilość płynu (krwi) do jego pojemności. Należy uzupełnić niedobory wodno-elektrolitowe i kwasowo-zasadowe. Operacja w trybie nagłym!

## POWIKŁANIA ZAPALENIA OTRZEWNEJ

### 1. Ogólne ( następstwem samego zapalenia otrzewnej jak i leczenia chirurgicznego)

powikłania sercowe (zawał, ostra niewydolność serca, zaburzenia rytmu serca, zatrzymanie czynności serca)

powikłania płucne (niedodma płuc, zapalenie płuc, ARDS)

krwotoczny nieżyt żołądka i dwunastnicy (następstwo stanu septycznego)

powikłania wątrobowe-ostra niewydolność wątroby (b.rzadko)

powikłania nerkowe (przed i nerkowa niewydolność nerek)

brak leczenia lub nieskuteczne leczenie prowadzą do rozwoju stanu septycznego: posocznica  
 wstrząs septyczny  septyczna dysfunkcja wieloukładowo-narządowa (MODS- multiple system-organ dysfunction syndrome)

### 2. Miejscowe

zaburzenia w gojeniu rany pooperacyjnej (zakażenie rany, zgorzel powłoki brzusznej, wytrzewienie)

pooperacyjna niedrożność jelit (najczęściej porażenna, u 12% chorych mechaniczna z powodu zrostów po zabiegu operacyjnym)

przetoki przewodu pokarmowego

ropnie wewnątrzbrzusne

ropień podprzeponowy

ostre zakrzepowe zapalenie żyły wrotnej (bardzo rzadkie)

ropnie wątroby

porażenie żołądka (gastroplegia)

OSTRE SCHORZENIA JAMY BRZUSZNEJ- najczęstsza przyczyna zapalenia otrzewnej

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego

Przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy

Krwawienie z przewodu pokarmowego

Ostre choroby dróg żółciowych

Ostre zapalenie trzustki

Niedrożność jelit

Ostre choroby narządów rodnych u kobiet

Pourazowe uszkodzenia narządów j. brzusznej

## OSTRE ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO - ANATOMICZNE UŁOŻENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO

### OBRAZ KLINICZNY

#### Wywiad

Początkowo ból w nadbrzuszu lub w okolicy pępka (ból trzewny rzutowany)

nudności i wymioty, utrata łaknienia

Przemieszczenie się bólu w okolicę prawego dołu biodrowego (ból somatyczny)- u ok. 17% chorych ból o tej lokalizacji występuje od początku choroby

temperatura ciała zwykle nie przekracza 38 °C

biegunka (rzadko) - zwykle u dzieci lub w zakątniczym położeniu wyrostka robaczkowego

#### Badanie przedmiotowe

bolesność uciskowa w prawym dole biodrowym zwykle najbardziej nasiloną w punkcie McBurneya

dodatni objaw Blumberga w prawym dole biodrowym

napięcie mięśniowe w prawym dole biodrowym

osłabienie perystaltyki jelit

dodatni objaw kaszlowy

tachykardia zwykle 100-120/min

dodatni objaw Rowsinga



dodatni objaw Jaworskiego (efekt podrażnienia mięśnia biodrowo-lędźwiowego przez zmieniony zapalnie wyrostek robaczkowy zwykle znajdujący się wówczas w położeniu zakątniczym może mu towarzyszyć dodatni objaw Goldflama)

Badania dodatkowe:

leukocytoza z przesunięciem w lewo (duży odsetek form pałeczkowatych lub młodszych granulocytów obojętnochłonnych)

badania biochemiczne krwi (bilirubina, amylaza, ALAT, AspAT, mocznik, kreatynina i inne) mają głównie znaczenie w różnicowaniu z innymi ostrymi schorzeniami jamy brzusznej.

Usg jamy brzusznej - niekiedy widoczny pogrubiały wyrostek robaczkowy. Badanie to ma duże znaczenie w przypadku podejrzenia nacieku okołowrostkowego lub ropnia okołowrostkowego ze względu na inne postępowanie lecznicze.

- LECZENIE

Chirurgiczne usunięcie wyrostka robaczkowego-appendektomia z cięcia przyprostego prawego lub naprzemiennego prawego (McBurneya)

W przypadku nacieku okołowrostkowego w pierwszej kolejności stosuje się leczenie zachowawcze do momentu ustąpienia nacieku: antybiotykoterapia, zimne okłady (np. worek z lodem) na okolicę prawego dołu biodrowego), leżenie w łóżku, dieta (przez pierwsze 2 doby głodówka). Po upływie 6-12 tygodni od ustąpienia nacieku okołowrostkowego wykonuje się planową appendektomię.

#### PRZEDZIURAWIENIE WRZODU ŻOŁĄDKA LUB DWUNASTNICY

Przyczyna: najczęściej choroba wrzodowa, rzadziej rak żołądka lub uszkodzenia przez połamane ciała obce.

#### OBJAWY KLINICZNE PRZEDZIURAWIENIA ŻOŁĄDKA LUB DWUNASTNICY

Wywiad:

najczęściej nagły początek choroby z silnym bólem w nadbrzuszu- chory dobrze lokalizuje ból (ból somatyczny)

choroba wrzodowa w wywiadzie

promieniowanie bólu do barku lewego (częściej) lub prawego.

nudności, rzadziej wymioty

badanie przedmiotowe

deskowate napięcie przedniej ściany brzucha

objawy rozlanego zapalenia otrzewnej

zniesienie stłumienia wątrobowego

Obraz radiologiczny- Obecność wolnego powietrza w jamie brzusznej stwierdza się w około 70% przypadków przedziurawienia wrzodu żołądka lub dwunastnicy.

Podstawowym sposobem leczenia jest leczenie chirurgiczne.

#### LECZENIE ZACHOWAWCZE

(metoda Taylora)

Założenie sondy do żołądka w celu ciągłego odprowadzania treści z żołądka

antybiotykoterapia z wykorzystaniem antybiotyków o szerokim spektrum działania

głodówka z odżywianiem parenteralnym

leżenie w łóżku

leczenie przeciwwrzodowe

#### KRWAWIENIE Z PRZEWODU POKARMOWEGO

#### OBRAZ KLINICZNY

Wywiad:

osłabienie ogólne do zasłabnięcia z utratą przytomności włącznie

duszność

smoliste stolce(żołądek, rzadko uchyłek Meckela)

krwiste stolce (dolny odcinek przewodu pokarmowego, także przy masywnym krwotoku z żołądka )

fusowate wymioty(żołądek, dwunastnica) lub krwiste (przełyk)

niekiedy objawy zaostrzenia choroby wrzodowej

Badanie przedmiotowe:

chory spocony, blady

tachykardia, tętno słabo napięte i słabo wypełnione (nitkowane)

obniżone ciśnienie tętnicze krwi

oddech przyspieszony

badanie per rectum- smolisty lub krwisty stolec

Badania dodatkowe

morfologia krwi-obniżone wartości

Gastrofiberoskopia, rektoskopia, sigmoidoskopia lub kolonoskopia , scyntygrafia z wykorzystaniem erytrocytów znakowanych technetem, arteriografia (rzadko stosowana, przydatna przy diagnozowaniu krwawienia z jelita cienkiego i grubego)

Ocena aktywności krwawienia- Skala Foresta:

## LECZENIE

### Zachowawcze

wprowadzenie sondy do żołądka w celu kontroli krwawienia

sonda Sengstakena-Blakemora w krwawieniu z żyl. przełyku

monitorowanie tętna, RR oraz diurezy (wprowadzenie cewnika do pęcherza moczowego)

leki przeciwwrzodowe (H<sub>2</sub>-blokery, inhibitory pompy protonowej)

leki przeciwkrwotoczne, w razie potrzeby uzupełnianie czynników krzepnięcia (zaburzenia krzepnięcia, niedobory czynników krzepnięcia)

leki zmniejszające przepływ trzewny (wazopresyna lub analogi)

wypełnienie łóżyska naczyniowego (HES, Dekstran, osocze, krystaloidy) i wyrównanie ubytków krwi (masa erytrocytarna)

płukanie żołądka zimną solą fizjologiczną i gastrotrombiną

### Metody endoskopowe

1. Opłukiwanie za pomocą roztworów trombiny, fibrynogenu, zawiesiny cząstek kolagenu, polimerów żywic epoksydowych, roztworem adrenaliny. Metody te są stosunkowo mało skuteczne.

2. Ostrzyknięcie owrzodzenia (15% NaCl, roztwór adrenaliny [1/10000]+ polidokanol, alkohol absolutny)

3. Zabiegi termiczne

koagulacja elektrodą jednobiegunową miejsca krwawienia

koagulacja za pomocą elektrohydrotermosondy

koagulacja laserowa (laser argonowy, laser Nd-YAG)

### Operacyjne

Wskazania: brak skuteczności leczenia farmakologicznego i endoskopowego

masywne krwawienie powtarza się w ciągu kilku, kilkunastu godzin brak wystarczającej ilości masy erytrocytarnej

## OSTRE CHOROBY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH

### *Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego*

Wywiad: wcześniejsze napady kolki wątrobowej, błąd dietetyczny przez wystąpieniem bólów brzucha, ból brzucha zlokalizowany w prawym podżebrzu z promieniowaniem w stronę prawą lub w okolicę prawej łopatki, nudności i wymioty, podwyższona temperatura ciała

#### Badanie przedmiotowe

bolesność uciskowa i tkliwość w prawym podżebrzu

dodatni objaw Chełmońskiego

macalny guz w rzucie pęcherzyka żółciowego (wodniak, ropniak pęcherzyka żółciowego)

objawy otrzewnowe przy przejściu zapalenia na otrzewną ścienną

Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego

#### Badania dodatkowe

USG jamy brzusznej- widoczne złogi w pęcherzyku żółciowym, pogrubienie lub podwójne konturowanie ściany pęcherzyka żółciowego, powiększenie pęcherzyka żółciowego)

leukocytoza (85% chorych)

podwyższone stężenie bilirubiny, ALAT i AspAT w osoczu krwi- najczęściej przy współistniejącej kamicy przewodowej

podwyższone stężenie amylazy w surowicy krwi- ostremu zapalenie pęcherzyka żółciowego może towarzyszyć zapalenie trzustki

#### *Zapalenie dróg żółciowych*

Przyczyny:kamica przewodowa, nowotwory dróg żółciowych, brodawki Vatera, pęcherzyka żółciowego, trzustki, papillitis stenosans, cholangiografia (przez dren Kehra, ERCP, przezskórna-przezwątrobowa), zacopowanie dróg żółciowych przez pasożyty (glista ludzka), zwężenie zespolenia pomiędzy drogami żółciowymi a przewodem pokarmowym, niedrożność protez i stentów wprowadzonych wcześniej do dróg żółciowych

Obraz kliniczny: ból brzucha zlokalizowany w prawym podżebrzu, gorączka 39-40°C z dreszczami, żółtaczka, objawy wstrząsu, objawy depresji OUN (zaburzenia świadomości, śpiączka)

#### Leczenie

antybiotykoterapia (cefalosporyny II i III generacji, aminoglikozydy, penicyliny-imipenem, mezlocyllina, piperacyllina), chemioterapeutyki (Metronidazol, chilonony II generacji), leki rozkurczowe (Papaweryna, Xylocaina, No-Spa), przeciwbólne i przeciwgorączkowe.

zabiegi endoskopowe: papillotomia, protezowanie dróg żółciowych, wprowadzenie stentów samorozprężalnych do dróg żółciowych, usunięcie złogów za pomocą koszyczka Dormia

drenaż przeskórny-przewątrobowy

laparotomia z rewizją dróg żółciowych i drenażem sposobem Kehra

#### OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI

Przyczyny OZT: alkohol, choroby dróg żółciowych, hiperlipidemia, hiperkalcemia, postać rodzinna, uraz, niedokrwienie

#### Wywiad

silny ból brzucha zlokalizowany w nadbrzuszu lub śródbrzuszu z promieniowaniem do pleców i boków (ból opasujący)

nudności i wymioty

objawy pojawiły się po spożyciu alkoholu lub ciężkostrawnym posiłku (zwykle w przypadku tzw. żółciopochodnego ostrego zapalenia trzustki)

#### Badanie przedmiotowe

uciskowo brzuch tkliwy w nadbrzuszu i okolicy pępka

osłabiona perystaltyka i wzdęcie brzucha

tachykardia i hipotonia

objaw Turnera- sinawe przebarwienia na lewej bocznej ścianie brzucha (efekt przemieszczenia się zawierającego krew płynu zapalnego z przestrzeni zaotrzewnowej przez ścianę brzucha do tkanki podskórnej)

objaw Cullena- sinawe przebarwienia w okolicy pępka (j.w. drogą więzadła sierpowatego wątroby)

objaw Halsteda- sinica obwodowych części ciała i marmurkowatość skóry (u chorych we wstrząsie)

#### Badania dodatkowe

leukocytoza 20-30 tys/mm<sup>3</sup>

podwyższony poziom diastazy w surowicy krwi i moczu (zwykle wartości 10x przekraczające wartości prawidłowe)

podwyższone wartości lipazy osoczowej, białka C-reaktywnego

zdjęcie rtg klatki piersiowej (niedodma podstawy płuca lewego, uniesienie lewej kopyły przepony, wysięk w lewej jamie opłucnowej)

przełądowe zdjęcie rtg brzucha (obecność gazów w dwunastnicy, objaw pętli wartowniczej, gaz w prawej połowie okrężnicy)

ultrasonografia jamy brzusznej- zatarcie struktury trzustki, kamica pęcherzyka żółciowego, wolny płyn w jamie brzusznej

CT j. brzusznej z kontrastem- obrzęk mięszu trzustki, ogniska martwicy trzustki, zmiany w tkance tłuszczowej otaczającej trzustkę, zbiorniki płynowe

W celu oceny ciężkości ostrego zapalenia trzustki oraz rokowania używa się różnych skal klinicznych:

skala Ransona,

skala Trapnella

skala Balthazara (ocena na podstawie wyniku CT),

APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Enquiry),

SAP (Simplified Acute Physiology score),

MRCS (Medical Research Council Sepsis)

Leczenie ostrego zapalenia trzustki przy braku powikłań septycznych powinno mieć charakter zachowawczy.

uzupełnianie niedoborów wodno-elektrolitowych (pod kontrolą OCZ)

odżywianie parenteralne

leczenie przeciwbólowe

antybiotykoterapia

zmniejszenie wydzielania trzustkowego (odsysanie treści żołądkowej przez sondę, H2-blokery, blokery pompy protonowej, glukagon, somatostatyna)

inhibitory enzymów trzustkowych (Aprotynina, mrożone osocze)

wspomaganie oddechu (respirator)

Chorzy z ostrym zapaleniem trzustki wymagają monitorowania ciśnienia tętniczego krwi, tętna, diurezy, wskaźników układu krzepnięcia oraz równowagi kwasowo-zasadowej

Wskazania do leczenia chirurgicznego:

niepewność co do rozpoznania (niedrożność z zadziergnięcia lub ostre niedokrwienie jelit mogą dawać podobne objawy)

wystąpienie powikłań septycznych (ropień trzustki, zakażona torbiel rzekoma trzustki, zakażona martwica trzustki)

w przypadku ograniczonych zakażonych zbiorników można wykonać drenaż przezskórny pod kontrolą usg

kamica żółciowa

obecnie można wykonać również ECPW z papillotomią i ewakuacją złogów z dróg żółciowych:

A. w ciągu 72 h od momentu przyjęcia lub

B. pilna ECPW w przypadku objawów zapalenia dróg żółciowych.

Po wykonaniu zabiegu endoskopowego wykonuje się cholecystektomię w celu uniknięcia migracji kamieni z pęcherzyka żółciowego do dróg żółciowych (zaleca się jej wykonanie w ciągu 24 h od ECPW)

pogarszanie się stanu chorego pomimo prawidłowego leczenia zachowawczego

## NIEDROŻNOŚĆ JELIT

### OBJAWY KLINICZNE

Wywiad: bóle brzucha (zwykle początkowo kolkowe), zatrzymanie gazów i stolca, nudności i wymioty, wzdęcie brzucha

Badanie przedmiotowe

opukowo- bębniaca

osłuchowo- kruczenia i przelewania, tony perystaltyczne metaliczne,

charakterystyczne okresowe przyspieszenie perystaltyki z nasileniem bólów brzucha

przyspieszenie tętna i spadek ciśnienia tętniczego krwi (świadczy o utracie płynu pozakomórkowego przekraczającej 2000 ml)

wzrost temperatury ciała powyżej 38°C towarzyszy zwykle martwicy ściany jelita

badanie per rectum-guz odbytnicy

LECZENIE-wprowadzenie sondy żołądkowej oraz cewnika do pęcherza moczowego (kontrola diurezy), wyrównanie niedoborów wodno-elektrolitowych, lewatywy (niekiedy usuwają przyczynę niedrożności np. kamienie kałowe, wgłobienie, niepełny skręt esicy), antybiotykoterapia (szczególnie istotna w przypadku podejrzenia niedrożności z zadzierzgnięcia i martwicy ściany jelita), leki regulujące perystaltykę jelit w przypadku niedrożności porażennej, odprowadzenie uwięźniętej przepukliny, chirurgiczne usunięcie przyczyny niedrożności

W przypadku podejrzenia niedrożności z zadzierzgnięcia nie wolno podejmować prób leczenia zachowawczego. Leczeniem z wyboru jest zabieg chirurgiczny !

## OSTRE SCHORZENIA NARZĄDÓW RODNYCH U KOBIET

Ostre zapalenie przydatków

Obraz kliniczny: chora zwykle w trakcie lub tuż po zakończeniu miesiączki, ból w podbrzuszu i okolicy krzyżowej, niekiedy nudności i wymioty, gorączka 38°C-39°C, tętno zwykle nie przekracza 100/min, leukocytoza, podwyższone OB., brzuch bolesny uciskowo w podbrzuszu (bolesne tzw. punkty jajowodowe), mogą występować objawy otrzewnowe.

Leczenie: zachowawcze (antybiotykoterapia)

Pęknięcie ropniaka jajowodu do wolnej jamy otrzewnej

Obraz kliniczny: w wywiadzie często leczenie z powodu zapalenia przydatków, nagły początek choroby z objawami zapalenia otrzewnej, zwykle ciężki stan ogólny, w badaniu ginekologicznych żywa bolesność w zagłębieniu odbytniczo-macicznym

Leczenie: zwykle chore wymagają zabiegu z usunięciem zmienionych chorobowo przydatków

Skręcona torbiel jajnika

Obraz kliniczny: nagły ból w podbrzuszu, któremu może towarzyszyć omdlenie, nudności i wymioty (wymioty występują zwykle wraz z bólami), tachykardia, tętno słabo wypełnione i słabo napięte, napięcie mięśniowe w podbrzuszu lub niekiedy nad całą jamą brzuszną, dodatni objaw otrzewnowy. Jeśli do skrętu torbieli dochodzi powoli objawy są mniej nasilone. Niekiedy można stwierdzić obecność guza

Leczenie: operacyjne

Pęknięta ciąża pozamaciczna

Obraz kliniczny: brak miesiączki (niekiedy mogą występować krwawienia z dróg rodnych, które chora uważa za miesiączkę), nagły ostry ból brzucha zwykle w prawym lub lewym podbrzuszu, omdlenie lub zasłabnięcie, wymioty, brzuch bolesny uciskowo w podbrzuszu, skóra blada pokryta potem, tętno nitkowate, tachykardia, hipotonia, wolny płyn w jamie brzusznej (w badaniu przedmiotowym lub usg), obniżone wartości w morfologii krwi (niedokrwistość), bolesność tylnego sklepienia pochwy, przy nakłuciu tylnego sklepienia pochwy uzyskuje się krew

Leczenie: operacyjne