Оглавление

Введение

Глава 1. Дискинезия желчевыводящих путей

1.1 Этиология и патогинез

1.2 Классификация

1.3 Клиника

1.4 Диагностика

1.5 Лечение

Глава 2. Сестринская помощь при дискинезии желчевыводящих путей

2.1 Этапы сестринского процесса ПРИ ДЖВП

Заключение

Литература

Введение

Дискинезия желчевыводящих путей представляет собой затрудненный отток желчи от печени в пузырь и по протокам. Отличительная особенность заболевания - отсутствие патологических изменений в структуре печени и желчного пузыря с протоками. При обследовании врачи выявляют у пациентов два варианта нарушения функционирования желчного пузыря - либо его слишком медленное, либо слишком быстрое/частое сокращение. По статистике дискинезией желчевыводящих путей мужчины болеют чаще, чем женщины (примерно в 10 раз).

Именно от того, каким образом происходит сокращение желчного пузыря, зависит и определение формы дискинезии:

гипермоторная - в этом случае сокращение органа очень частое и быстрое. Подобная форма рассматриваемого заболевания присуща молодым людям;

гипомоторная - сокращение происходит медленно, активность этой функции желчного пузыря значительно снижена. По статистике гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей часто диагностируется у пациентов старше 40 лет и у больных с устойчивыми неврозами/психозами.

В зависимости от причины развития рассматриваемой патологии врачи могут разделить ее на два вида:

первичная дискинезия - обычно она связана с врожденными аномалиями строения желчевыводящих путей;

вторичная - заболевание приобретается в течение жизни и является следствием патологий в других органах желудочно-кишечного тракта (например, вторичная дискинезия желчевыводящих путей часто «сопровождает» панкреатит - воспалительный процесс в поджелудочной железе).

Если речь идет о первичном виде рассматриваемого заболевания, то его причинами являются:

сужение желчного пузыря;

удвоение (раздвоение) желчных протоков и пузыря;

расположенные непосредственно в полости желчного пузыря перетяжки и перегородки.Все эти причины являются врожденными аномалиями и выявляются в раннем детстве при обследовании.

Вторичный вид дискинезии желчного пузыря и протоков может развиться на фоне присутствия следующих факторов:

гастрит - воспалительный процесс на слизистой внутренних стенок желудка;

образование язв на слизистый желудок и/или двенадцатиперстной кишки - язвенная болезнь;

холецистит - воспаление желчного пузыря;

панкреатит - воспалительный процесс в поджелудочной железе;

дуоденит - патологический процесс воспалительного характера на слизистой двенадцатиперстной кишки;

гепатит вирусной этиологии - заболевание системного характера, при котором вирусами поражается печень;

гипотериоз - снижение функциональность щитовидной железы.

Целью курсовой работы является методы сестринской помощи при дискинезии желчевыводящих путей. В связи с поставленной целью в курсовой работе решаются следующие задачи:

рассмотреть причины и формы проявления, основные симптомы;

изучить методы диагностики и лечения;

выделить основные принципы сестрёнкой помощи.

Глава 1. Дискинезия желчевыводящих путей

Дискинезия желчевыводящих путей - это нарушение оттока желчи от печени по желчевыводящим путям (желчному пузырю и пузырному протоку). При этом структурные изменения этих органов отсутствуют. У больных отмечается либо слишком сильное, либо недостаточное сокращение желчного пузыря. В результате в двенадцатиперстную кишку поступает недостаточное количество желчи.

Факторы риска развития дискинезий желчевыводящих путей.

· Наследственная предрасположенность (заболевание передается от родителей к детям).

· Нерациональное питание (особенно употребление большого количества жирной, жареной и острой пищи).

· Глисты (плоские и круглые черви) и лямблии (одноклеточные организмы, имеющие жгутики).

· Кишечные инфекции (инфекционные заболевания с преимущественным поражением пищеварительной системы).

· Гормональные нарушения (нарушения соотношения гормонов - биологически активных веществ, регулирующих все виды деятельности организма). Например, повышенная или сниженная выработка гормонов, нарушение их состава или транспортировки.

· Вегето-сосудитсая дистония (ВСД), или нейро-циркуляторная дистония (НЦД) - расстройства вегетативной нервной системы (часть нервной системы, регулирующей деятельность внутренних органов).

· Психоэмоциональное напряжение (психоэмоциональные стрессы).

· Значительные (чрезмерные) физические нагрузки.

· Малоподвижный образ жизни.

1.1 Этиология и патогинез

Дискинезия желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящих путей - это несвоевременное, неполное или чрезмерное сокращение желчного пузыря и сфинктеров. Широкое распространение ультразвукового метода исследования, при котором чаще желчный пузырь исследуют одномоментно, без учета динамики функционального состояния, в последнее время привело к гипердиагностике дискинезий желчного пузыря и хронического бескаменного холецистита. Диагностика дискинезий желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящих путей представляет значительные трудности, которые возникают в результате анатомо-физиологических особенностей деятельности желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Внепеченочные желчные пути состоят из желчного пузыря, правого, левого и общего печеночных протоков, пузырного протока и общего желчного протока. В состав желчевыводящих путей входит также сфинктер печеночно-поджелудочной ампулы, который является составной частью большого дуоденального сосочка.

Деятельность желчного пузыря тесно связана с печенью и двенадцатиперстной кишкой. Печень выделяет желчь при секреторном давлении около 240-300 мм вод.ст. Давление в полости желчного пузыря после его сокращения, т.е. после приема пищи и освобождения от большей части желчи, составляет около 100 мм вод.ст. Желчь согласно законам гидродинамики заполняет желчный пузырь. Поступление желчи в желчный пузырь осуществляется до тех пор, пока давление в его полости не достигнет секреторного давления в печени. Весь этот процесс происходит в межпищеварительный период. Для задержки желчи в желчном пузыре необходимо, чтобы система желчевыводящих путей была закрытой, поэтому сфинктер печеночно-поджелудочной ампулы в этот период закрыт.

В таком состоянии он выдерживает давление в дистальном отделе общего желчного протока от 90 до 250 мм вод.ст. В межпищеварительный период происходит подготовка желчи к процессам пищеварения. В среднем желчный пузырь содержит до 50 мл желчи. Установлено, что он находится в постоянном движении. Двигательная активность желчного пузыря в межпищеварительный период способствует перемешиванию желчи и ее концентрации. Движения стенок желчного пузыря в этот период незначительны. Первостепенное значение для двигательной деятельности желчного пузыря имеет состояние слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и характера питания. Основным гормоном, вызывающим сокращение желчного пузыря, является холецистокинин-панкреозимин, который освобождается клетками слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Освобождение холецистокинин-панкреози- мина происходит в основном под влиянием компонентов пищи - жиров, белков, в меньшей степени органических кислот.

Под влиянием холецистокинин-панкреозимина происходит сокращение желчного пузыря, расслабление сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы и эвакуация желчи в тонкую кишку. Весь этот процесс зависит от характера и объема принятой пищи, тонуса желчного пузыря и сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы. В зависимости от происхождения выделяют два основных вида дискинезий желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящих путей - первичную и вторичную. Развитие первичной дискинезии связано с нарушениями нейрогуморальной регуляции деятельности желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящих путей, обусловлено наличием невроза, нейроэндокринных нарушений, заболеваний щитовидной железы, изменений половых желез в период полового созревания или в климактерический период, вегетососудистых дистоний, диэнцефального синдрома.

В клинике данных болезненных состояний симптомокомплекс, характерный для поражения желчного пузыря, сочетается с клиникой неврозов, вегетососудистых дистоний, диэнцефальных синдромов, и даже после интенсивного лечения остаются нарушения сна, частое и быстрое изменение настроения, наличие психоневрологических синдромов, что резко затрудняет лечение таких больных. Развитие вторичной дискинезии желчного пузыря и сфинктеров желчевыводящих путей связано с наличием патологических рефлексов и нарушений моторной и секреторной функции других органов пищеварения. Вторичные дискинезии развиваются на фоне хронических гастритов, гастродуоденитов, язвенной болезни, хронических заболеваний тонкой, толстой кишок. Особое значение в их развитии имеет состояние двенадцатиперстной кишки. Наличие воспалительных изменений слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, гипертрофия или атрофия слизистой оболочки ведут к нарушениям высвобождения основного регуляторного гормона- холецистокинин-панкреозимина. Часто вторичные дискинезии сопровождают органические заболевания желчного пузыря - хронический бескаменный холецистит и желчнокаменную болезнь.

## 1.2 Классификация

В зависимости от характера нарушений моторной функции желчного пузыря и тонуса сфинктера печеночноподжелудочной ампулы выделяют следующие виды дискинезий желчного пузыря: гипертонически-гиперкинетическую; гипотонически-гипокинетическую; смешанную. Такое деление дискинезий в зависимости от состояния эвакуаторно-моторной функции желчного пузыря является рабочей классификацией дискинезий желчного пузыря.

## 1.3 Клиника

Основным клиническим проявлением гипертонии желчного пузыря является боль. Боль локализуется в области правого подреберья, надчревной области больше справа, иррадиирует в правую половину грудной клетки - правую ключицу, правую лопатку, правое плечо. Боль возникает внезапно, ее развитие могут провоцировать различные факторы, чаще - это прием большого количества пищи, жиров, жареного, а также психоэмоциональные нагрузки. Иногда трудно установить провоцирующий фактор, так как одна и та же причина в одно время переносится хорошо, в другое - может вызвать развитие болевого синдрома.

Боль при гипертонически-гиперкинетической дискинезии желчного пузыря может быть различной интенсивности, иногда по выраженности она напоминает приступ печеночной колики, что в ряде случаев может привести к необоснованной холецистэктомии. Следует отметить, что болевой синдром среди больных с гипертонической дискинезией желчного пузыря возникает у лиц с неврозами, у которых часто снижен порог болевой чувствительности, чрезмерное сокращение желчного пузыря воспринимается неадекватно. Среди других клинических проявлений возможна рвота, она связана с дис- моторикой двенадцатиперстной кишки и желудка. Приступ гипертонически-гиперкинетической дискинезии желчного пузыря может длиться от 20-30 мин до нескольких часов. В этот период больные беспокойны, жалуются на тахикардию, головную боль, иногда на повышенное мочеиспускание, чувство онемения конечностей. В межприступный период в клинике заболевания на первый план выходят такие общеневротические жалобы, как быстрое изменение настроения, возбудимость, бессонница, частая головная боль.

Гипертонически-гиперкинетическую дискинезию желчного пузыря прежде всего нужно дифференцировать с желчнокаменной болезнью, так как клинические проявления заболевания во время приступа напоминают неосложнившуюся печеночную колику. При этом следует помнить о том, что затянувшаяся печеночная колика часто осложняется развитием холецистита. У больных после приступа боли отмечается повышение температуры тела, в крови повышается содержание лейкоцитов, появляются симптомы интоксикации, иногда развивается механическая желтуха. Такие симптомы позволяют легко провести дифференциальный диагноз между желчнокаменной болезнью и гипертонически-гиперкинетической дискинезией.

Наиболее сложными для дифференциальной диагностики являются приступы печеночной колики, которые протекают без осложнений. В этих случаях большое значение имеют данные ультразвукового и особенно рентгенологического исследования. Наличие или отсутствие конкрементов в желчном пузыре или общем желчном протоке помогает правильно поставить диагноз. Болевой синдром при гипертонически-гиперкинетической дискинезии желчного пузыря следует также дифференцировать с приступом почечной колики или загибом блуждающей почки при ее резком опущении и переполнении мочой. Боль почечного характера имеет некоторые свои особенности. Она, как коликообразная, локализуется глубоко внутри, охватывая при этом поясницу, иррадиирует в бедро, половые органы.

В большинстве случаев почечная боль сопровождается болезненными позывами на мочеиспускание. Характерным является также метеоризм, иногда ложные позывы на акт дефекации. Больные не находят себе места, их беспокоит головная боль, иногда боль в области сердца. Причиной болевого синдрома в правом подреберье могут быть осложнения остеохондроза. Непосредственной причиной их возникновения являются переохлаждение, подъем тяжестей, работа в неудобной позе. При этом болевой синдром не связан с приемом пищи. Боль носит постоянный характер, усиливается при движениях. Нажимание в местах нахождения нервных волокон, выхода нервных корешков мышц усиливает болезненность.

Клиническая симптоматика гипотонически-гипокинетической дискинезии желчного пузыря маловыражена. Данный вид дискинезии желчного пузыря чаще наблюдается у лиц, которые ведут малоподвижный образ жизни, имеют повышенную массу тела, у лиц, у которых преобладает тонус симпатического отдела нервной системы. Часто причиной развития гипотонии желчного пузыря является наличие хронического воспалительного процесса слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, особенно при атрофических формах хронического гастродуоденита.

Частота гипотонически-гипокинетической дискинезии желчного пузыря возрастает с возрастом, что также можно объяснить увеличением частоты атрофических изменений слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. Известно, что сокращение желчного пузыря в основном происходит под влиянием холецистокинин-панкреозимина-гормона, который синтезируется слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки. В клинике мы часто наблюдаем сочетание гипотонии желчного пузыря с хроническими гастродуоденитами со сниженной желудочной секрецией. Развитию гипотонии желчного пузыря может способствовать длительный прием холинолитиков и седативных препаратов.

Хронический бескаменный холецистит и желчнокаменная болезнь также часто сопровождаются гипотонией желчного пузыря. Эти заболевания настолько тесно связаны между собой (особенно хронический бескаменный холецистит), что иногда разграничить их бывает чрезвычайно трудно. Кроме того, длительная гипотония желчного пузыря сама может быть причиной развития как холецистита, так и холелитиаза. Наблюдения за больными с гипотонически-гипокинетической дискинезией желчного пузыря показали, что болевой синдром не является характерным для данного вида дискинезии. На первый план в клинике заболевания выходит диспепсический синдром, выраженность которого, как и выраженность болевого синдрома, зависит от степени снижения двигательной активности желчного пузыря.

Диспепсические проявления при гипотонии желчного пузыря обусловлены той ролью желчи, которую она занимает в процессах пищеварения. Роль желчи в процессах пищеварения зависит от концентрации в ней желчных кислот, которые эмульгируют пищевой жир и он становится легко доступным для действия панкреатической липазы. Жирные кислоты и другие липиды, которые поступают с пищей и образуются в результате гидролиза, в водной среде нерастворимы и самостоятельно не могут всасываться. Переносчиками липидных субстанций, жирорастворимых витаминов, холестерина, солей кальция являются желчные кислоты.

При гипотонии желчного пузыря в просвет тонкой кишки поступает недостаточное количество желчи, что приводит к развитию диспепсического синдрома, обусловленного нарушением гидролиза и всасывания жиров. Переедание, употребление в большом количестве жирных и жареных блюд ведет к появлению тошноты, метеоризма, нарушений стула. Все эти явления уменьшаются при приеме средств, содержащих желчь или желчные кислоты. Среди диспепсических проявлений для гипотонически-гипокинетической дискинезии желчного пузыря наиболее характерны нарушения стула.

Последние могут носить различный характер - от запора до гипохолической диареи. Развитие запора обусловлено недостаточным поступлением в толстую кишку желчных кислот, которые, как известно, обладают способностью стимулировать двигательную активность толстой кишки. Причиной запорапри гипотонии желчного пузыря может быть ее сочетание с гипотонией толстой кишки. По крайней мере, гипотония желчного пузыря и недостаточное поступление желчи в кишки усугубляют запор при гипотонии толстой кишки. Значительные нарушения эвакуаторной функции желчного пузыря, особенно при снижении холатообразовательной функции печени, могут привести к развитию гипохолической диареи, обусловленной резким снижением концентрации желчных кислот в кишках, нарушениями процессов пищеварения и всасывания. При копрологическом исследовании обнаруживают увеличенное количество в фекалиях жирных кислот, нейтрального жира.

Наши наблюдения за больными с гипотонически-гипокинетической дискинезий желчного пузыря показывают, что запор, которым страдают больные с гипотонией желчного пузыря, может периодически сменяться послаблением стула, полифекалией. Подобные изменения обусловлены тем, что под влиянием различных факторов, чаще после приема жиров, обильной еды с употреблением растительного масла, сметаны, сливок, яиц, возникает выраженное сокращение желчного пузыря, который переполнен желчью. В просвет кишок одномоментно поступает большое количество концентрированной пузырной желчи, которая и вызывает диарею у больных.

Больные с гипотонией желчного пузыря могут жаловаться на тошноту, особенно после погрешностей в питании. Возникновение тошноты после еды объясняется нарушениями пищеварения. У больных с гипотонически-гипокинетической дискинезией реже по сравнению с больными с гиперкинетически-гипертонической дискинезией наблюдают психоневрологические нарушения и чаще отмечают различные изменения обмена веществ. Особенно часто у таких больных обнаруживают избыток массы тела или ожирение, обменные полиартриты, остеохондроз, мочесолевой диатез или мочекаменную болезнь, жировую инфильтрацию печени. Все это свидетельствует о том, что в большинстве случаев больные гипотонически-гипокинетической дискинезией желчного пузыря не нуждаются в назначении транквилизаторов, которые, как известно, широко используются при многих функциональных заболеваниях. Наоборот, необоснованное применение транквилизаторов может ухудшить течение заболевания, так как большинство из них снижает мышечный тонус и сократительную функцию желчного пузыря.

Клинические проявления гипотонически-гипокинетической дискинезии желчного пузыря зависят от степени снижения двигательной функции желчного пузыря. В зависимости от степени снижения моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря выделяют три степени его гипотонии: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную. Г.А.Анохиной (1992) разработаны клинико-рентгенологические критерии различных степеней гипотонии желчного пузыря и проанализированы клинические проявления. Наблюдения за больными с гипотонией желчного пузыря показывают, что наиболее частой является компенсированная гипотония желчного пузыря, для которой характерно увеличение резервуарной емкости органа с удовлетворительной, т.е. компенсированной, сократительной способностью.

Клинические проявления компенсированной гипотонии желчного пузыря минимальные, и их часто выявляют при комплексном обследовании больных, обратившихся за помощью по поводу других заболеваний органов пищеварения (хронического гастрита, гастродуоденита, заболеваний кишок и др.). Жалобы больных зависят от нарушений кислотообразующей функции желудка, секреторной функции поджелудочной железы, моторики пищеварительного тракта. Гипотония желчного пузыря диагностируется чаще всего случайно.

## 1.4 Диагностика

Ультразвуковое исследование желчного пузыря у больных с компенсированной гипотонией желчного пузыря позволяет выявить увеличенный застойный пузырь, иногда с наличием утолщенных стенок и так называемую «замазку», что свидетельствует о сгущении желчи вследствие ее длительного нахождения в полости желчного пузыря. Утолщение стенки желчного пузыря, на наш взгляд, не всегда является следствием перенесенного холецистита или подтверждает его наличие, так как анамнез позволяет исключить такие признаки холецистита, как повышение температуры тела, значительная боль в области правого подреберья, и другие клинические симптомы холецистита. В большинстве случаев утолщение стенки можно рассматривать как реакцию мышечного аппарата желчного пузыря, ее гипертрофию вследствие переполнения органа желчью, что создает повышенную нагрузку на сократительную функцию.

Известно, что повышенная нагрузка на мышцы вначале приводит к их утолщению и гипертрофии. При холецистографии обнаруживают, что желчный пузырь у больных с компенсированной гипотонией имеет различную форму, чаще она может незначительно отличаться от нормальной формы, т.е. напоминает грушу, цилиндр, иногда бывает в виде висячей капли, однако при сохранении нормальной формы наблюдается увеличение размеров желчного пузыря. У части больных он может располагаться ниже положенного места. Следует отметить, что у больных с компенсированной гипотонией желчного пузыря концентрационная функция не страдает и на снимках тень желчного пузыря четкая.

После приема желчегонного завтрака отмечается увеличение времени сокращения желчного пузыря, что объясняется увеличением его размеров. Естественно, что увеличенный в размерах желчный пузырь будет более длительно освобождаться от йодированной желчи, чем нормотоничный. Тень желчного пузыря после желчегонного завтрака, как правило, через продолжительное время сокращается на 1/2 первоначального размера. Все эти данные свидетельствуют о том, что на начальных стадиях гипотонии желчного пузыря отсутствуют выраженные нарушения сократительной и концентрационной функции органа. На наш взгляд, в развитии гипотонии желчного пузыря важную роль играет характер питания.

Употребление большого количества жиров может вести к повышению желчеобразования, что способствует увеличенному поступлению желчи в желчный пузырь и может рассматриваться как адаптационная реакция желчевыводящих путей. Анализ характера питания больных хроническими заболеваниями желчевыводящих путей показал, что они, и в том числе с гипотонией желчного пузыря, употребляют с пищей повышенное количество жира.

При дуоденальном зондировании больных с гипотонически- гипокинетической дискинезией в стадии компенсации отмечается увеличение объема пузырной порции желчи, который значительно превышает нормальные показатели (80-120 мл, а иногда и больше, норма-30-60 мл). Все это еще раз подтверждает данные о том, что наиболее существенным признаком компенсированной гипотонии является увеличение резервуарной функции желчного пузыря при сохранении сократительной. Микроскопическое исследование желчи позволяет выявить повышенное количество таких осадочных элементов, как билирубинат кальция, кристаллы холестерина, желчные соли, мыла, иногда микролиты. Субкомпенсированная гипотония желчного пузыря встречается значительно реже, чем компенсированная. Больные с субкомпенсированной гипотонией имеют четкую клинику заболевания желчного пузыря. Данный вид дискинезии часто может быть вторичным и сопровождать хронический холецистит, желчнокаменную болезнь, сочетаться с атрофическими формами хронического гастродуоденита. Больные отмечают чувство тяжести в правом подреберье, которое усиливается в вынужденном положении, тошноту, особенно после приема жиров и жареных блюд, метеоризм, различные нарушения стула-запор, неустойчивый стул, гипохолическую диарею.

При ультразвуковом исследовании можно отметить увеличение размеров желчного пузыря, иногда расширение внутрипеченочных протоков и умеренное расширение общего желчного протока. Это объясняется увеличением нагрузки на желчные протоки вследствие снижения функциональной способности желчного пузыря. Естественно, было бы ошибкой считать эти изменения желчных протоков холангитом, особенно при отсутствии соответствующих клиниколабораторных данных (повышение температуры тела, лейкоцитоз, изменения функциональных проб печени и др.). При рентгенологическом исследовании при субкомпенсированной гипотонии желчного пузыря отмечают увеличение его размеров, изменения формы, чаще она приобретает вид висячей водяной капли с удлиненной шейкой и растянутым дном. На холецистограммах желчный пузырь расположен низко.

На снимках наблюдают снижение интенсивности тени желчного пузыря, что свидетельствует об уменьшении его концентрационной способности. Концентрационная функция желчного пузыря в основном зависит от двух моментов - состояния двигательной функции и слизистой оболочки. Причиной нарушения концентрационной функции желчного пузыря при субкомпенсированной гипотонии является снижение сократительной функции, что приводит к уменьшенному поступлению контрастированной желчи в орган. После приема желчегонного завтрака наблюдается увеличение времени сокращения желчного пузыря, тень его в конце исследования по сравнению с исходными размерами уменьшается незначительно, менее чем на 1/2 изначальной, что свидетельствует о резком нарушении моторно-эвакуаторной функции желчного пузыря.

Дуоденальное зондирование также позволяет выявить изменения пузырной фазы: увеличение времени появления пузырной порции желчи после введения раздражителя в просвет тонкой кишки. Это время у больных с субкомпенсированной гипотонией желчного пузыря составляет 15-20 мин и более, а иногда на 1-й раздражитель пузырная желчь может отсутствовать, что указывает на резкое снижение пузырного рефлекса на вводимый раздражитель. Увеличивается также время истечения пузырной желчи (до 60 мин й более, норма - 20-30 мин). Часто пузырный рефлекс появляется на 2-й или 3-й раздражитель. Отделение пузырной желчи прерывистое, часто в виде примеси к печеночной желчи. При микроскопическом исследовании желчи можно отметить увеличенное количество слизи, спущенного эпителия, кристаллов билирубината кальция, солей желчных кислот, мыл, кристаллов холестерина, а также микролиты.

Все это указывает на то, что субкомпенсированная гипотония желчного пузыря в основном имеет вторичное происхождение и не может рассматриваться как чисто функциональное заболевание. Снижение сократительной и концентрационной функций желчного пузыря свидетельствует о наличии дистрофических изменений мышечного аппарата, невозможности его в полной мере осуществлять необходимые функции. Часто при субкомпенсированной гипотонии выявляют воспалительный процесс в желчном пузыре или находят в нем конкременты. Наиболее редко встречается декомпенсированная гипотония или атония желчного пузыря. Она наблюдается у больных, перенесших острый холецистит, но у леченных консервативно, или у больных, перенесших шеечный холецистит, когда вследствие длительного отключения желчного пузыря развивается его атония.

Декомпенсированная гипотония желчного пузыря может осложняться развитием водянки или хронической эмпиемы желчного пузыря. При водянке желчного пузыря больные жалуются на тупую, ноющую боль в правом подреберье, чувство наличия инородного образования, диспепсические явления. Иногда можно пропальпировать увеличенный желчный пузырь, который, как известно, в норме не пальпируется. Клиника хронической эмпиемы напоминает непрерывнорецидивирующий хронический холецистит. Больных беспокоят боль в правом подреберье, тошнота, нарушения стула, метеоризм, длительный субфебрилитет, наблюдаются изменения общего анализа крови, умеренный лейкоцитоз, при длительном течении развивается анемия. Водянка желчного пузыря и хроническая эмпиема могут привести к склерозированию желчного пузыря. При хронической эмпиеме чаще всего проводят холецистэктомию. У больных с декомпенсированной гипотонией желчного пузыря при рентгенологическом исследовании тень желчного пузыря на снимках отсутствует, т.е. выявляют отрицательную холецистографию, а при дуоденальном зондировании отсутствует пузырная порция желчи

Гипотонически-гипокинетическую дискинезию желчного пузыря следует дифференцировать от хронического бескаменного холецистита, особенно при легком его течении. Если воспалительный процесс слизистой оболочки желчного пузыря не вызван патогенной микрофлорой, или заболевание имеет невыраженную клинику, или сочетается с гипотонией желчного пузыря, отличить эти болезни чрезвычайно сложно, так как они тесно связаны и не существует каких-либо сугубо специфических клинических, ультразвуковых и рентгенологических критериев, позволяющих их точно разграничить. В принципе это разграничение не имеет существенного значения, так как методы лечения больных с гипотонической дискинезией желчного пузыря и хроническим бескаменным холециститом легкой степени тяжести с гипотонией желчного пузыря не различаются.

Для дифференциальной диагностики гипотонической дискинезии желчного пузыря и хронического бескаменного холецистита важным является характер течения заболевания. В отличие от гипотонической дискинезии при хроническом бескаменном холецистите можно выделить период обострения и ремиссии заболевания. В период обострения появляется болевой синдром, ухудшается общее состояние больных, может отмечаться повышение температуры тела, снижаться аппетит, усиливаются диспепсические явления. При гипотонически-гипокинетической дискинезии клиника маловыра- жена и отсутствуют периоды обострения и ремиссии, состояние больного в основном зависит от характера питания. Погрешности в питании вызывают кратковременное ухудшение, которое не сопровождается изменениями общего состояния. Доя дифференциальной диагностики имеют значения изменения общего анализа крови.

## 1.5 Лечение

Цель лечебных мероприятий при дискинезии желчевыводящих путей - нормализация оттока желчи и недопущение ее застоя в желчном пузыре.

· Соблюдение режима труда и отдыха:

o полноценный ночной сон не менее 8 часов;

o отход ко сну не позже 23 часов;

o чередование умственной и физической деятельности (например, выполнение гимнастики после двух часов работы за компьютером);

o прогулки на свежем воздухе.

· Диетотерапия: диета №5.

o Питание 5-6 раз в сутки малыми порциями для улучшения выведения желчи.

o Исключение из рациона острой, жирной, жареной, копченой пищи, консервов.

o Пониженное содержание в пище соли (до 3 граммов в стуки) и специй для уменьшения застоя жидкости в организме.

o Прием минеральных вод:

§ высокой минерализации (то есть с большим содержанием солей) при гипомоторной дискинезии желчевыводящих путей (с пониженной сократительной активностью желчевыводящей системы);

§ низкой минерализации (то есть с малым содержанием солей) при гипермоторной дискинезии желчевыводящих путей (повышенной сократительной активностью желчевыводящей системы).

· Консервативное (безоперационное) лечение.

o Холеретики (желчегонные) средства облегчают отток желчи.

o Холеспазмолитики (препараты, снижающие повышенный тонус мышц желчевыводящих путей) применяются при гипермоторном варианте дискинезии.

o Ферментные препараты облегчают переваривание пищи при гипомоторной дисфункции.

o Сборы лекарственных трав назначаются курсами 2 раза в год. Состав сбора трав зависит от варианта дискинезии (гиперкинетический или гипокинетический).

o Дуоденальные зондирования - удаление через зонд (трубку) содержимого двенадцатиперстной кишки после введения препаратов, стимулирующих выброс желчи из желчного пузыря.

o Закрытые тюбажи (очищение) желчного пузыря, или « слепое» зондирование - прием желчегонных средств в условиях, облегчающих отток желчи (в положении на правом боку, с теплой грелкой на правом подреберье).

o Лечение нейротропными (влияющими на нервную систему) препаратами по рекомендации психотерапевта.

· Физиотерапевтическое лечение (то есть физическими методами с помощью медицинских приборов).

o Диадинамотерапия (лечебное воздействие электрического тока различной частоты на область правого подреберья).

o Электрофорез (воздействие на организм постоянного электрического тока и вводимых с его помощью лекарственных веществ) с препаратами магния на область печени.

· Акупунктура (иглоукалывание) - метод лечения, при котором воздействие на организм осуществляется введением специальных игл в особые точки на теле.

· Массаж (особенно точечный) - то есть с воздействием на определенные точки человеческого тела, влияющие на деятельность желчного пузыря.

· Гирудотерапия (лечение пиявками) с воздействием на биологически активные точки (проекции нервных окончаний соответствующих органов) желчного пузыря, печени, поджелудочной железы.

· Хирургическое лечение не эффективно, поэтому не проводится.

· Санаторно-курортное лечение в бальнеологических санаториях (то есть где проводится лечение минеральными водами) при возможности может проводиться 1 раз в год.

Осложнения и последствия

Осложнения дискинезии желчевыводящих путей.

· Хронический холецистит (воспаление желчного пузыря длительностью более 6 месяцев).

· Холангит (воспаление желчных протоков).

· Желчнокаменная болезнь (образование камней в желчном пузыре и желчных протоках).

· Хронический панкреатит (воспаление поджелудочной железы длительностью более 6 месяцев).

· Гастрит (воспаление слизистой оболочки желудка).

· Дуоденит (воспаление слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки).

· Атопический дерматит (кожное проявление аллергии - повышенная чувствительность иммунной системы (системы защитных сил организма)). Развивается за счет всасывания не полностью переваренной пищи и токсических (вредных) веществ из-за неполноценного поступления желчи в кишечник.

· Снижение массы тела из-за нарушения всасывания питательных веществ в кишечнике.

Прогноз при дискинезии желчевыводящих путей благоприятный при своевременном полноценном лечении. Заболевание не укорачивает срок жизни пациента.

дискинезия желчевыводящий сестринский

Глава 2. Сестринская помощь при дискинезии желчевыводящих путей

.1 Этапы сестринского процесса при ДЖВП

этап. Сбор информации о пациенте для диагностики заболевания.

Опрос. Характерные жалобы при гипертонической форме: на приступообразные, кратковременные, коликоподобные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину и под лопатку, в околопупочную область у детей младшего школьного возраста. Характерные жалобы при гипотонической форме: на тупые, длительные боли в правом подреберье или околопупочной области, которые сопровождаются чувством тяжести или распирания в правом подреберье: тошноту иногда рвоту, горечь во рту, метеоризм, запоры. Боли могут провоцироваться: - погрешностями в диете - злоупотребление жирной, жареной, копченой, соленой пищей, газированных напитков: - чрезмерными физическими и психоэмоциональными нагрузками.

Объективные методы обследования: Осмотр: бледность, синева под глазами, язык обложен беловато- желтым налетом, болезненность в правом подреберье при пальпации живота; у детей младшего школьного возраста в околопупочной области. Результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики: общий анализ крови, общий анализ мочи, копрологическое исследование кала; УЗИ - ультрасонография; УЗИ - холецистография - определение объема желчного пузыря натощак и после желчегонного завтрака (яичный желток); ФЭГДС.

этап. Выявление проблем больного ребенка.

У пациента с дисфункцией желчевыводяших путей нарушаются физиологические потребности: поддерживать общее состояние, есть, спать, отдыхать, общаться. Поэтому появляются проблемы, требующие решения.

. Существующие проблемы, обусловленные нарушением тонуса и моторики желгевыводящих путей: - боли в правом подреберье или околопупочной области; - чувство тяжести или распирания в правом подреберье.

. Существующие проблемы, обусловленные нарушениями пищеварения: - тошнота, иногда рвота; - горечь во рту; - метеоризм: - запоры.

. Существующие проблемы, обусловленные нарушением функции вегетативной нервной системы: - потливость; - раздражительность; - утомляемость; - головные боли; - боли в области сердца; - похолодание конечностей. При выявлении проблем ребенка необходимо проконсультировать у гастроэнтеролога или госпитализировать в специализированный стационар для полного обследования, установления диагноза и проведения комплексного лечения.

-4 этапы. Планирование и реализация ухода за пациентом в стационаре.

Цель сестринского ухода: способствовать выздоровлению, не допустить развитие осложнений.

Сестринский процесс при дискинезии желчевыводяших путей

План ухода

. Обеспечить организацию и контроль над соблюдением лечебно-охранительного режима Реализация ухода: Независимые вмешательства: - провести беседу с пациентом/родителями о заболевании и профилактике осложнений; - объяснить пациенту/родителям о необходимости соблюдения постельного режима; - контролировать наличие горшка в палате для пациента; - предупредить пациента и/или его родителей о том, что ребенок должен мочиться в горшок. Посещение туалета временно запрещено. Прием пищи и гигиенические процедуры в постели в положении сидя Мотивация: Охрана ЦНС от избыточных внешних раздражителей. Создание режима щажения ЖКТ, обеспечение максимальных условий комфорта. Уменьшение боли. Удовлетворение физиологической потребности выделять продукты жизнедеятельности

. Организация досуга Реализация ухода: Независимое вмешательство: - рекомендовать родителям принести любимые книжки, игрушки Мотивация: Создание комфортных условий

. Создание комфортных условий в палате Реализация ухода: Независимые вмешательства: - контролировать проведение влажной уборки и регулярного проветривания; - контролировать регулярность смены постельного белья; - контролировать соблюдение тишины в палате Мотивация: Удовлетворение физиологических потребностей во сне и отдыхе

. Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий, и приеме пищи Реализация ухода: Независимые вмешательства: - провести беседу с пациентом и/или родителями о необходимости соблюдения личной гигиены; - рекомендовать родителям принести зубную пасту, расческу, чистое сменное белье; - контролировать и оказывать помощь ребенку при проведении гигиенических мероприятий Мотивация: Обеспечение санитарно-гигиенических мероприятий. Потребность быть чистым

. Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением диеты Реализация ухода: Независимые вмешательства: - проведение беседы с пациентом и/или родителями об особенностях питания, о необходимости соблюдения диеты; - рекомендовать родителям приносить для питья: минеральные воды Мотивация: Удовлетворение физиологической потребности в пище

. Выполнять назначения врача Реализация ухода: Зависимые вмешательства - раздача лекарственных препаратов индивидуально в назначенной дозе, регулярно по времени; - объяснить пациенту и /или родителям о необходимости приема лекарственных препаратов; - провести беседу о возможных побочных эффектах лекарственных препаратов; - провести беседу с пациентом и/или родителями о необходимости проведения назначенных лабораторных исследований; - научить маму/пациента правилам сбора мочи, кала; обеспечить посудой для сбора мочи и кала; контролировать сбор мочи и кала; - перед каждым инструментальным исследованием провести психологическую подготовку ребенка/родителей объяснить цели и ход проведения исследования, научить ребенка правилам поведения, сопроводить на исследование. Мотивация: Профилактика осложнений. Раннее выявление побочных эффектов, Диагностика заболевания. Оценка работы печени, желчного пузыря, протоков, ЖКТ. Контроль эффективности проводимого лечения. Психологическая поддержка. Диагностика заболевания.

. Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией пациента на лечение Реализация ухода: Независимые вмешательства: - контроль аппетита, сна; - выявление жалоб; - измерение температуры тела утром и вечером; - контроль физиологических отправлений; - при ухудшении общего состояния срочно сообщить лечащему или дежурному врачу Мотивация: Контроль эффективности проводимого лечения и ухода. Раннее выявление и профилактика осложнений.

этап. Оценка эффективности ухода.

При правильной организации сестринского ухода выздоровление ребенка наступает в установленные сроки, пациент выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение гастроэнтеролога/участкового педиатра в детской поликлинике. Пациент и его родители должны знать об особенностях режима дня и диеты, которые должен соблюдать ребенок после выписки из стационара, о необходимости диспансерного учета и строгом соблюдении всех рекомендаций.

Заключение

Таким образом можно подвести итоги, что дискинезия желчевыводящих путей - это довольно серьезная проблема на сегодняшний день. Нужно отметить, что рынок лекарственных препаратов, в том числе и желчегонных, пополняется ежегодно. Как уже говорилось ранее, для оптимизации лечения необходимо учитывать спектр действия препарата и особенности течения заболевания у больного. При выявлении синдрома сгущения желчи, обменных нарушений или обнаружении кристаллических изменений структуры желчи (по данным УЗИ) необходимо выбирать препарат, обладающий гепатопротекторным действием, или назначать отдельные курсы гепатопротекторной терапии.

Средний курс медикаментозного лечения при билиарной дисфункции составляет 2-3 недели. Затем для закрепления эффекта можно рекомендовать фитотерапию. Выбор трав, обладающих желчегонным действием, достаточно широк: аир болотный, артишок посевной, барбарис обыкновенный, бессмертник песчаный, одуванчик лекарственный, мята перечная, сушеница топяная, кукурузные рыльца, шалфей лекарственный и др. Курс фитотерапии в среднем составляет 1 месяц, можно использовать лечебный фиточай. Хорошим дренажным действием обладают тюбажи, необходимо отметить, что тюбажи назначаются только после купирования спастического состояния сфинктеров, соответственно на втором или третьем этапе лечения.

Техника проведения тюбажей (по Демьянову): утром натощак пациенту дают выпить «желчегонный завтрак», которым может быть 15-20 мл 33% теплого раствора сернокислой магнезии, или 2 яичных желтка, или теплое оливковое (кукурузное масло), или 100-200 мл 10% раствора сорбита, ксилита, теплая минеральная вода (3 мл/кг веса); затем надо уложить его на правый бок на теплую грелку на 1,5-2 часа, во время процедуры для открытия сфинктера Одди делать по 2-3 глубоких вдоха каждые 5 минут. Рекомендуется проведение 1-2 процедур в неделю, курс 8-10 процедур.

Дискинезия желчевыводящих путей является классическим представителем функциональных нарушений (заболеваний) желудочно-кишечного тракта. Современное определение, согласно D.A. Drossman, гласит, что «функциональные нарушения - это разнообразная комбинация гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений». К функциональным заболеваниям относят состояния, при которых не удается обнаружить морфологических, генетических, метаболических и иных изменений со стороны органов.

Функциональные патологические синдромы возникают в результате нарушений механизмов регуляции функций того или иного органа или системы. Расстройство моторно-тонической функции билиарного тракта - или дискинезия желчевыводящей системы - является одним из самых частых заболеваний в детском возрасте. Нарушение оттока желчи или ее нерегулярное поступление в просвет кишечника сказывается не только на работе пищеварительного тракта, но и всего организма в целом, поскольку желчь, являясь поликомпонентным биохимическим субстратом, обеспечивает целый ряд функциональных процессов.

К ним относятся следующие: нейтрализация соляной кислоты и пепсина, эмульгирование жиров и тем самым участие в их гидролизе, активизация кишечных и панкреатических ферментов, усиление всасывания жирорастворимых витаминов А, Д, К, Е, фиксация ферментов на ворсинах, поддержка перистальтики и тонуса кишечника, антибактериальное и противопротозойное действие, с желчью в просвет кишки выводятся метаболиты ксенобиотиков, лекарственных и токсических веществ.

Литература:

1. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. (ред.) Гастроэнтерология. Национальное руководство. - 2008. М., ГЭОТАР-Медиа. 754 с.

2. Саблин О.А., Гриневич В.Б., Успенский Ю.П., Ратников В.А. Функциональная диагностика в гастроэнтерологии. Учебно-методическое пособие. - СПб. - 2002. - 88 с.

. Баярмаа Н., Охлобыстин А.В. Применение пищеварительных ферментов в гастроэнтерологической практике // РМЖ. - 2001. - том 9. - № 13-14. - с. 598-601.

. Калинин А.В. Нарушение полостного пищеварения и его медикаментозная коррекция // Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. - 2001. - №3. - с. 21-25.

. Атлас клинической гастроэнтерологии. Форбс А., Мисиевич Дж.Дж., Комптон К.К., и др. Перевод с англ. / Под ред. В.А. Исакова. М., ГЭОТАР-Медиа, 2010, 382 стр.

. Внутренние болезни по Тинсли Р.Харрисону. Книга 1 Введение в клиническую медицину. М., Практика, 2005, 446 стр.

. Внутренние болезни по Дэвидсону. Гастроэнтерология. Гепатология. Под ред. Ивашкина В.Т. М., ГЭОТАР-Медиа, 2009, 192 стр.

. Внутренние болезни. Маколкин В.И., Сулимов В.А., Овчаренко С.И. и др. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011, 304 стр.

. Внутренние болезни: лабораторная и инструментальная диагностика. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. М., МЕДпресс-информ, 2013, 800 стр.

. Внутренние болезни. Клинические разборы. Том 1. Фомин В.В., Бурневич Э.З. / Под ред. Н.А. Мухина. М., Литтерра, 2010, 576 стр.

. Внутренние болезни в таблицах и схемах. Справочник. Зборовский А. Б., Зборовская И.А. М., МИА, 2011 672 стр.