Курсовая работа

**Сестринская помощь при ЖКБ**

**Введение**

желчнокаменный болезнь сестринский

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ, холелитиаз) не принадлежит к тем заболеваниям, частота которых снижается с развитием медицинской науки. Наоборот, увеличение средней продолжительности жизни, улучшение питания способствуют ее развитию.

По данным многочисленных публикаций на протяжении XX века, в особенности второй его половины, происходило быстрое увеличение распространённости ЖКБ, преимущественно в промышленно развитых странах, в том числе в России. Так, по данным ряда авторов, заболеваемость холелитиазом в бывшем СССР увеличивалась почти вдвое каждые 10 лет, а камни в жёлчных путях выявлялись на вскрытиях у каждого десятого умершего независимо от причины смерти. По данным медицинской статистики, холелитиаз встречается у женщин значительно чаще, чем у мужчин (соотношение от 3:1 до 8:1), причём с возрастом число больных существенно увеличивается и после 70 лет достигает 30%.

Таким образом, целью данной курсовой работы является изучение методов лечения и наиболее эффективной диагностики желчнокаменной болезни, а так же оказание средним медицинским персоналом неотложной медицинской помощи при приступе печеночной колике.

**1. Анатомо-физиологические особенности желчных путей**

Желчные пути представляют собой систему протоков, которые отводят желчь из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку (ДПК). Различают внутри- и внепеченочные желчные протоки. Желчные капилляры, дающие начало системе желчных путей, находятся между балками гепатоцитов. Соединяясь между собой, эти капилляры образуют ампулы. От них отходят прекапиллярные желчные канальцы, которые проходят между дольками. Малые и средние канальцы, сливаясь, дают начало внутрипеченочным желчным протокам. Внепеченочные желчные протоки формируются слиянием в воротах печени сегментарных протоков с образованием бифуркации левого и правого долевых и общего печеночного протока, длиной 3-4 см. Общий печеночный и пузырный протоки формируют общий желчный проток. Его длина - от 2 до 12 см (чаще 7-8 см), а диаметр 0,5-1,0 см (чаще 0,7 см). Проток открывается в ДПК в ампуле большого дуоденального соска Фатера, где сосредоточен сфинктерный аппарат и собственно сфинктер Одди.

Желчный пузырь представляет собой полый орган объемом около 40-100 мл с развитым мышечным слоем, расположенный в ямке на нижней поверхности печени, который сообщается с пузырным протоком, длинной 3-7 см и диаметром около 3 мм.

К функциям желчного пузыря относят:

) Депонирование желчи.

) Концентрирование желчи.

) Выделение желчи в ДПК.

За сутки печенью образуется от 700 до 1200 мл желчи. В среднем, у человека массой 70 кг, выделяется около 840 мл.

**2. Что такое желчнокаменная болезнь?**

Желчнокаменная болезнь - это заболевание гепатобиллиарной системы, характеризующееся образованием желчных камней в желчном пузыре (холецистолитиаз, хронический калькулезный холецистит), в общем желчном протоке (холедохолитиаз), в печеночных желчных протоках (внутрипеченочный холелитиаз).

**3. Этиология**

ЖКБ - полиэтиологическое заболевание. Механизмы литогенеза (совокупность природных процессов образования и изменения осадочных горных пород) сложны и до конца не изучены. Еще в середине XIX в. Гемсбах выдвинул инфекционную теорию происхождения желчных камней, связав процесс камнеобразования с воспалением желчного пузыря. Продукты воспаления - слизь, эпителий, - являются основой для агрегации составных частей желчи и образования желчных камней.

В 1885 г. В. Пашутин (русский учёный, один из создателей патофизиологической школы в России и патофизиологии как самостоятельной научной дисциплины) объяснил образование желчных камней высоким содержанием в желчи труднорастворимого холестерина и малым количеством веществ, удерживающих его в растворе.

Л. Ашофф (немецкий патологоанатом) в 1909 г. установил роль застоя желчи в процессе литогенеза.

В настоящее время выделяют те же три основных теории патогенеза ЖКБ:

v Инфекционную (воспаление желчного пузыря - холецистит, холангит);

v Застоя желчи;

v Нарушения метаболизма желчи:

) При повышении нормальной концентрации в желчи билирубина или холестерина - условие для образования камней (сахарный диабет, нарушение липидного обмена, подагра);

) Врожденная гемолитическая анемия;

) Генетические нарушения, способствующие врожденному синтезу литогенной желчи, содержащей много холестерина и мало желчных кислот и фосфолипидов;

) Нерациональное питание (употребление пищи, с большим содержанием холестерина);

) Гиповитаминоз А.

**4. Стадии и клиника желчнокаменной болезни**

***I стадия - физико - химическая.*** На этой стадии печень продуцирует литогенную желчь - перенасыщенную холестерином, с уменьшением содержания в ней желчных кислот и фосфолипидов.

Первая стадия ЖКБ может бессимптомно протекать в течение многих лет. У пациентов отсутствуют клинические симптомы болезни, диагноз основывается на результатах исследования пузырной желчи (порция В). В желчи выявляются холестериновые «хлопья», кристаллы и их преципитаты. Камней в желчном пузыре нет.

***II стадия - латентного течения (бессимптомное камненосительство)*** характеризуется теми же физико-химическими изменениями в составе желчи, что и первая стадия, но с наличием камней в желчном пузыре. Процесс камнеобразования на этом этапе связан не только с физико-химическими изменениями желчи, но и с присоединением желчно-пузырных факторов (застоя желчи, повреждения слизистой оболочки, повышающего проницаемость стенки пузыря для желчных кислот, воспаления) и нарушениями в кишечно-печеночной циркуляции желчных кислот.

Большинство камней, находящихся на дне желчного пузыря, никак себя не проявляют. Продвижение камней в пузырный проток и закупорка его приводят к развитию холецистита, который прекращается, если устраняется обструкция протока.

***III стадия - клиническая (калькулезный холецистит).*** В этой стадии различают 3 клинические формы ЖКБ.

Клиника будет зависеть от расположения камней, размеров, состава и количества, сопутствующей патологии органов пищеварения.

***Диспепсическая форма*** характеризуется появлением ощущения чувства тяжести в животе и правом подреберье, изжоги, отрыжки воздухом, тошнотой, рвотой, неустойчивого стула, вздутия живота, непереносимости острой или жирной пищи, чувства горечи во рту. Кожные покровы и слизистые субиктеричны или выраженная желтуха.

***Торпидная форма***. В большинстве случаев больных беспокоят тупые ноющие боли в эпигастрии, правом или левом подреберье, чувство тяжести в правом подреберье. Боли усиливаются после погрешностей в диете, физических нагрузок, могут отдавать в правую лопатку, плечо.

Болевой синдром связан не столько с механическим раздражением камнями слизистой оболочки, но в большей степени за счет повышения внутрипузырного давления и спастического сокращения сфинктера Одди.

Определяются положительные симптомы:

· *Керра* - болезненная пальпация проекции ЖП на вдохе;

· *Мюсси* - болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

· *Ортнера - Грекова* - болезненность при поколачивании ребром ладони по краю реберной дуги.

· *Боаса* - болезненность при пальпации точки на задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X-XI грудных позвонков.

· *Маккензи* - болезненность при пальпации точки на пересечении правой прямой мышцы живота и правой реберной дуги.

Камни, находящиеся в теле и дне желчного пузыря не вызывают болевого синдрома - это «немая» зона. Если камни начинают двигаться в пузырный проток, развивается приступ печеночной колики. Если камень до 0,5 см, он проходит в пузырный проток, затем в двенадцатиперстную кишку и выходит с калом. Камни большего размера могут остановиться в общем желчном протоке, что вызывает затруднения оттока желчи и развитие приступа печеночной колики.

***Болевая форма*** (колика).

Провоцируют желчную колику:

· жирная пища, пряности, копчености, острые приправы:

· инфекция;

· резкое физическое напряжение, работа в наклонном положении;

· отрицательные эмоции;

· у женщин колика может совпадать с менструацией или после родов.

### Характеристикажелчнойколики:

Ш Боль возникает внезапно, «беспричинно» или после еды, в правом подреберье, эпигастральной области, затем, приблизительно через 2 часа, боль концентрируется в области желчного пузыря. Реже боли возникают только в левом подреберье, области сердца, нижней половине живота, что существенно затрудняет диагностику.

Ш Боль отдает вверх, вправо, в правое плечо, шею, челюсть, под правую лопатку, иногда в область сердца, провоцируя приступ стенокардии.

Ш Продолжительность желчной колики составляет от 15 мин до 5-6 ч. Боли длительностью более 5-6 ч должны настораживать в отношении присоединения осложнений, прежде всего острого холецистита.

Ш Болевой синдром сопровождается повышенной потливостью, вынужденным положением - на боку с поджатыми к животу ногами.

Ш Боль может купироваться также внезапно, как и возникать.

Приступы болей могут сопровождаться следующими проявлениями:

ь тошнотой, необильной рвотой желчью, не приносящей облегчения;

ь присоединением лихорадки;

ь вздутием живота, обилием отходящих газов, тошнотой, непереносимостью жирной пищи;

ь кратковременной желтушностью кожных покровов;

ь потемнением мочи;

ь обесцвечиванием кала.

**. Осложнения**

Появление или образования конкрементов (камешков) в желчных протоках - это уже в подавляющем большинстве случаев осложнения желчнокаменной болезни. Лишь в редчайших случаях первичным местом, где образовались желчные конкременты (камешки) является не желчный пузырь, а непосредственно желчные протоки. Но в случае, когда хирургическое лечение не начать немедленно, данное осложнение приводит к еще более тяжелым (принцип цепной реакции). Так в случаях, когда присоединяется инфекция, развивается **воспаление желчных протоков - холангит**, нередко **гнойный холангит**. В воспалительный процесс кроме желчного пузыря также втягиваются и соседние органы, такие как поджелудочная железа, двенадцатиперстная кишка, желудок. Такое состояние называется **острым холециститом.**

К основным осложнениям также относятся перфорация желчного пузыря или желчных протоков и истечение его содержимого (инфицированной желчи и камешков) в свободную брюшную полость с развитием **местного или общего перитонита**, **абсцесса, водянки** желчного пузыря. Не менее грозным осложнением является **механическая желтуха**, которая возникает в случаях, когда камень закупоривает общий желчный проток, а иногда даже и проток поджелудочной железы. В таких случаях желчь, которая вырабатывается в печени, не имеет возможности оттекать в двенадцатиперстную кишку, а потому всасывается в кровь, тем самым вызывая желтуху и интоксикацию.

Как правило, в таких случаях развивается сильное воспаление поджелудочной железы - **панкреатит, а иногда и панкреонекроз** (отмирание и самопереваривание поджелудочной железы), что представляет непосредственную угрозу для жизни больного.

В случаях, когда уже возникли осложнения желчнокаменной болезни, больных нужно оперировать срочно, по жизненным показаниям, а потому речь о плановой хирургической операции уже не стоит. Соответственно, кроме значительно большего риска для жизни и здоровье пациентов во время таких операций, значительно увеличивается время пребывания больного в стационаре после операции, более тяжелый болевой синдром, большой послеоперационный рубец, высокая вероятность возникновения послеоперационных осложнений.

**. Особенности диагностики при ЖКБ**

1) Тщательный сбор анамнеза и физикальное обследование (выявление типичных признаков желчной колики, симптомов воспаления желчного пузыря).

) Проведение ультразвукового исследования (УЗИ) в качестве первоочередного метода, позволяющего визуализировать желчные камни. Однако даже если доступными методами камни не выявлены, вероятность их присутствия в общем желчном протоке оценивают как высокую при наличии следующих клинико-лабораторных признаков:

Ш желтухи;

Ш расширения желчных протоков, в том числе внутрипечёночных, по данным УЗИ;

Ш изменённых печёночных проб (общий билирубин, АЛТ, ACT, гамма-глутамилтранспептидаза, щелочная фосфатаза; последняя повышается при возникновении холестаза вследствие обструкции общего желчного протока).

) Лабораторное исследование необходимо для выявления стойкой обструкции желчевыводящих путей или присоединения острого холецистита.

Одной из важных диагностических целей следует считать разграничение неосложненного течения желчнокаменной болезни (бессимптомное камненосительство, неосложненная желчная колика) и присоединение возможных осложнений (острого холецистита, острого холангита), требующих более агрессивной лечебной тактики.

Для неосложненного течения желчнокаменной болезни изменения лабораторных показателей не характерны.

При развитии острого холецистита и сопутствующего холангита возможны:

ь появление лейкоцитоза (11-15х109/л),

ь увеличение СОЭ,

ь повышение активности сывороточных аминотрансфераз,

ь повышение ферментов холестаза - щелочная фосфатаза,

ь повышение у-глутамилтранспептидаза (ГГТП),

ь уровня билирубина (до 51-120 мкмоль/л).

*Обязательные лабораторные исследования*

· Общеклинические исследования:

. Клинический анализ крови (КАК). Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево не характерен для жёлчной колики. Обычно он возникает при присоединении острого холецистита или холангита;

. Ретикулоциты;

. Копрограмма;

. Общий анализ мочи(ОАМ)

. Глюкоза плазмы крови.

· Показатели липидного обмена

Общий холестерин крови, липопротеиды низкой плотности, липопротеиды очень низкой плотности.

· Функциональные пробы печени (их повышение связано с холедохолитиазом и обструкцией желчевыводящих путей):

. ACT;

. АЛТ;

. у-глутамилтранспептидаза;

. протромбиновый индекс;

. щелочная фосфатаза;

. билирубин: общий, прямой.

· Ферменты поджелудочной железы:

Амилаза крови, амилаза мочи.

*Дополнительные лабораторные исследования*

· Функциональные пробы печени:

. Альбумин сыворотки крови;

. Электрофорез белков сыворотки;

. Тимоловая проба;

· Маркёры вирусов гепатита:

. HBsAg (поверхностный антиген вируса гепатита В);

. Анти-НВс (антитела к ядерному антигену гепатита В);

. Анти-HCV (антитела к вирусу гепатита С).

*Инструментальные исследования*

При возникновении клинически обоснованного подозрения на желчнокаменную болезнь в первую очередь необходимо проведение УЗИ. Диагноз желчнокаменной болезни подтверждают с помощью компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, ЭРХПГ (эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии).

· Обязательные инструментальные исследования

**1. УЗИ органов брюшной полости** - наиболее доступный метод с высокими показателями чувствительности и специфичности для выявления жёлчных конкрементов: для камней в желчном пузыре и пузырном протоке чувствительность УЗИ составляет 89%, специфичность - 97%; для камней в общем желчном протоке - чувствительность менее 50%, специфичность 95%. Необходим целенаправленный поиск:

ь расширения внутри- и внепечёночных желчных протоков; конкрементов в просвете желчного пузыря и желчевыводящих путей;

ь признаков острого холецистита в виде утолщения стенки желчного пузыря более 4 мм и выявления «двойного контура» стенки желчного пузыря.

**2. Обзорная рентгенография области желчного пузыря** - чувствительность метода для выявления желчных конкрементов составляет менее 20% ввиду их частой рентгенонегативности.

**3. ФЭГДС** - проводят с целью оценки состояния желудка и двенадцатиперстной кишки, осмотра большого сосочка двенадцатиперстной кишки при подозрении на холедохолитиаз.

*Дополнительные инструментальные исследования:*

**1. Пероральная или внутривенная холецистография**. Значимым результатом исследования можно считать «отключенный» желчный пузырь (внепечёночные желчные пути контрастируются, а пузырь не определяется), что свидетельствует об облитерации или закупорке пузырного протока.

**2. КТ** органов брюшной полости (желчного пузыря, желчных протоков, печени, поджелудочной железы);

**3. ЭРХПГ** (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография) - высокоинформативный метод изучения внепечёночных протоков при подозрении на камень общего жёлчного протока или для исключения других заболеваний и причин механической желтухи.

**4. Динамическая холесцинтиграфия** позволяет оценить проходимость желчных протоков в тех случаях, когда затруднено проведение ЭРХПГ. У больных желчнокаменной болезнью определяют уменьшение скорости поступления радиофармпрепарата в желчный пузырь и кишечник.

**5. Магнитно** - **резонансная холангиопанкреатография** позволяет выявить невидимые при УЗИ камни в желчевыводящих путях. Чувствительность 92%, специфичность 97%.

**7. Дифференциальный диагноз желчнокаменной болезни**

Желчную колику необходимо дифференцировать со следующими состояниями:

*I. Функциональных заболеваний жёлчного пузыря и жёлчевыводящих путей:* при обследовании не находят камней, обнаруживают признаки нарушения сократительной способности желчного пузыря (гипо- или гиперкинезия), спазм сфинктерного аппарата (дисфункция сфинктера Одди).

*II. Патологии пищевода:* эзофагита, эзофагоспазма, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Характерны болевые ощущения в эпигастральной области и за грудиной в сочетании с типичными изменениями при ФЭГДС или рентгенологическом исследовании верхних отделов ЖКТ.

*III. Язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.* Характерна боль в эпигастральной области, иногда иррадиирующая в спину и уменьшающаяся после еды, приёма антацидов и антисекреторных препаратов. Необходимо проведение ФЭГДС.

*IV. Заболеваний поджелудочной железы:* острого и хронического панкреатита, псевдокист, опухолей. Типична боль в эпигастральной области, иррадиирующая в спину, провоцируемая приёмом пищи и часто сопровождающаяся рвотой. Постановке диагноза помогает выявление повышенной активности в сыворотке крови амилазы и липазы, а также типичных изменений по результатам методов лучевой диагностики. Следует учитывать, что желчнокаменная болезнь и может приводить к развитию острого панкреатита.

*V. Заболеваний печени*: характерна тупая боль в правой подрёберной области, иррадиирующая в спину и правую лопатку. Боль обычно постоянная (что нетипично для болевого синдрома при желчной колике) и сопровождается увеличением и болезненностью печени при пальпации. Постановке диагноза помогают определение в крови ферментов печени, маркёров острых гепатитов и визуализирующие исследования.

*VI. Заболеваний толстой кишки:* синдрома раздражённого кишечника, воспалительных поражений (особенно при вовлечении в патологический процесс печёночного изгиба толстой кишки). Болевой синдром часто обусловлен моторными нарушениями. Боль часто уменьшается после дефекации или отхождения газов. Отличить функциональные изменения от органических позволяют колоноскопия или ирригоскопия.

*VII. Заболеваний лёгких и плевры.* Характерны проявления плеврита, часто связанные с кашлем и одышкой. Необходимо проведение рентгенологического исследования грудной клетки.

*VIII. Патологии скелетных мышц.* Возможна боль в правом верхнем квадранте живота, связанная с движениями или принятием определённого положения. Пальпация рёбер может быть болезненной; усиление боли возможно при напряжении мышц передней брюшной стенки.

**8. Лечение желчнокаменной болезни**

Лечить желчнокаменную болезнь можно терапевтически (без операции) и хирургически. Как правило, лечение начинают с **терапевтических методов:**

1. Диетические рекомендации:

Целесообразно следоватьдиете 5-го стола. По мере стихания болей диету расширяют:

Ш ограничение (но не полное исключение) приема продуктов, содержащих холестерин (жиры животного происхождения) и жирные кислоты (жиры, прошедшие термическую обработку свыше 100°С - жареные продукты);

Ш медленное снижение массы тела;

Ш при использовании низкокалорийных диет, при голодании, показано дополнительно назначение урсодеоксихолевой кислоты (Урсосан) 10-15 мг/кг в сутки;

Ш регулярный 4-6 кратный прием пищи;

Ш добавление в пищевой рацион пищевых волокон в виде продуктов растительного происхождения или пищевых добавок (отруби). При этом овощи, фрукты, травы лучше использовать термически обработанными (отварные, запеченные). Отруби могут применяться в виде готовых завтраков (каша, хлеб) и патентованных препаратов;

Ш обеспечение ежедневного эффективного стула.

. Растворение камней в желчном пузыре с помощью специальных препаратов (урсодезоксихолевой и хенодезоксихолевой кислот). Метод применяется только в случае единичных небольших (до 2 см) холестериновых (рентгенонегативных) камней, при отсутствии противопоказаний. Курс лечения длится 1-1,5 года. Через несколько лет более чем у половины больных вновь образуются камни.

. Экстракорпоральная ударная волновая литотрипсия - разрушение камней ударной волной, которую создают специальные аппараты. Показана в случае холестериновых камней диаметром до 3 см, числом не более 3, при достаточной сократительной способности желчного пузыря. Камни дробятся на мелкие кусочки (размерами до 1-2 мм) и самостоятельно выходят из организма с калом. Процедура безболезненна, хорошо переносится и может проводиться амбулаторно.

Как показывает многолетний опыт, консервативная терапия, которую практикуют многие поликлинические врачи, неэффективна при ЖКБ. Рекомендуемые ими лечебные мероприятия не только не предупреждают появления желчных колик, но и могут их спровоцировать вследствие миграции конкрементов и закупорки билиарного тракта. Более того, длительное пребывание камней в желчном пузыре грозит осложнениями и развитием воспалительного процесса, что затрудняет в дальнейшем хирургическое вмешательство и ухудшает его результаты. Поэтому при ЖКБ не следует годами проводить консервативное лечение и ожидать от него эффекта. При установленном диагнозе необходимо своевременное применение эффективных методов лечения, которые избавят больного от камней или желчного пузыря. Наблюдения показывают, что в ранние сроки заболевания существующие методы лечения, будь то литотрипсия или операция, дают лучшие результаты, лечение протекает более успешно с низким риском осложений и летального исхода. Применение того или иного метода лечения ЖКБ не должно ограничиваться возрастом больного. При выборе способа лечения определяющим фактором должен быть не возраст больного, а его общее физическое состояние и степень операционного риска.

**9. Оказание неотложной помощи при желчной колике**

Неотложная помощь больному с печеночной коликой сводится к назначению средств, вызывающих расслабление мышц желчного протока, и лекарств, уменьшающих боль. К первым относится нитроглицерин в таблетках. Таблетка нитроглицерина дается под язык. При отсутствии эффекта нужно ввести под кожу 2-3 мл 2% раствора папаверина или 2 мл 0,2% раствора платифиллина.

С такой же целью назначается 1 мл 0,1% раствора атропина подкожно. Каждый из первых двух указанных препаратов можно вводить вместе с атропином. Очень хорошим противоспазматическим свойством обладает арпенал, который вводится в дозе 1 мл 2% раствора (под кожу).

При наличии болей анальгин по 1,0 или в такой же дозе аспирин; их можно повторять через каждые 4 часа. На область желчного пузыря следует положить грелку, наполненную небольшим количеством воды (во избежание сильного давления на брюшную стенку). При наличии соответствующей возможности больного следует посадить в ванну с достаточно горячей водой минут на 10-15.

При повышении температуры с ознобами или при стойкой температуре в течение суток и более показано введение противомикробных средств - стрептомицин по 500 000 ЕД, 2 раза в сутки. Вместо этого можно дать сульфадимезин по 1,0 мг через каждые 4 часа.

Довольно значительная боль характера печеночной колики иногда бывает при остром инфекционном гепатите (болезни Боткина). Отличием от желчной колики на почве камня или другого препятствия является увеличение при болезни Боткина всей печени и ее повсеместная болезненность, а не только в области желчного пузыря. При болезни Боткина к моменту появления болей уже можно заметить желтуху, тогда как при желчной колике желтуха появляется через сутки - двое после начала болей или же она может отсутствовать вообще, если приступ болей связан с закупоркой протока самого желчного пузыря. (В таком случае желчь из печени может свободно стекать из печени по общему желчному протоку в двенадцатиперстную кишку).

Наконец, при болезни Боткина у больных полностью исчезает аппетит, тогда как при приступах колики на почве желчнокаменной болезни больные аппетит полностью не теряют, но отказываются от еды, главным образом из-за тошноты и рвоты. При наличии данных за болезнь Боткина встает вопрос о госпитализации больного в инфекционное отделение.

Следует иметь в виду, что при болях в животе, длящихся 5-6 часов и более, заболевание приобретает хирургический характер, т.е. диагностику, наблюдение и лечение (нередко оперативное) дальше должен осуществлять хирург. Следовательно, при затянувшейся желчной колике больного необходимо направить в хирургическое отделение больницы.

**. Уход за пациентом при ЖКБ**

• Уложить больного в постель и обеспечить ему полный покой.

• По возможности поместить больного в горячую ванну. Если такой возможности нет, то можно использовать грелки или согревающий компресс на правый бок.

• Нельзя оставлять больного без присмотра, т.к. во время приступа может быть обморок или рвота.

• Необходимо давать больному обильное питье (чай, минеральную воду без газа).

• При ознобе больного нужно хорошо укрыть, к ногам приложить грелки.

• При возникновении кожного зуда рекомендуется попеременное протирание холодной и теплой водой, что значительно облегчает состояние больного.

• Вызвать врача.

После отхождения камня печеночная колика может самостоятельно прекратиться

**11. Подготовка к УЗИ органов брюшной полости**

Если врачом было назначено УЗИ органов брюшной полости, подготовка к исследованию должна начинаться за несколько дней. Подготовка к УЗИ брюшной полости имеет важное значение, так как несоблюдение рекомендаций может затруднить диагностику и исказить результаты исследования.

За два-три дня до УЗИ брюшной полости необходимо перейти на особую диету: исключить из рациона продукты, способствующие повышенному газообразованию. К таким продуктам относятся: молоко, бобовые, газированные напитки, кондитерские изделия, квашеная капуста, сырые овощи, свежие фрукты, черный хлеб. Людям, страдающим проблемами с пищеварением (метеоризм, запоры), рекомендуется в это время принимать ферментные препараты, например, мезим, фестал, эспумизан. Некоторые врачи советуют вечером перед исследованием принять активированный уголь из расчета 1 таблетка на 10 кг массы тела.

При необходимости провести УЗИ брюшной полости ребенку, подготовка заключается также в соблюдении предварительной диеты. УЗИ брюшной полости проводится натощак, поэтому и детям, и взрослым нельзя есть на протяжении как минимум шести часов перед проведением процедуры. Поэтому обследование легче проводить утром, до завтрака. Если обследование проводится позже и одолевает голод, можно съесть кусочек подсушенного белого хлеба и выпить кружку несладкого чая.

Курить перед УЗИ брюшной полости строго запрещается, так как курение может вызвать сокращение желудка и желчного пузыря, что может привести к постановке неверного диагноза. Детям нельзя давать жевательные резинки перед обследованием.

**12. Подготовка пациента к ФГДС**

**Обследование в утреннее время:**

Ш Подготовка к ФГДС требует, чтобы последний прием пищи производился примерно за 8 часов до проведения диагностики. Поэтому обследование желудка проще производить в утренние часы.

Ш Последний прием пищи накануне исследования вечером до 22:00.

Ш Утром - не есть, не пить.

Ш При наличии съемных зубных протезов их необходимо будет снять непосредственно перед исследованием (чтобы их не повредить и предотвратить их попадание в пищевод или трахею).

**Обследование в вечернее время:**

Ш В течение 8 часов перед гастроскопией не употреблять пищу.

Ш Допускается прием небольшого количества (2-3 глотка) простой воды, обязательно без газа, за 2-3 часа до исследования.

Ш За 2-3 часа категорически запрещается курение - одно из требований подготовки к гастроскопии желудка;

Ш Пациент приходит на исследование, имея при себе сменную обувь и полотенце.

Ш При проведении ФГДС врачи уделяют большое внимание характеру содержимого желудка (присутствию слизи, желчных выделений, крови). Также проводится оценка слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Поэтому для качественного обследования желудка в обязательном порядке обязательна правильная подготовка.

**. Взятие крови на БАК исследование**

*Оснащение*. Стерильные: сухая пробирка, шприц и игла, ватные тампоны, резиновые перчатки; другие: 70% спирт этиловый, жгут и валик.

. Предупредить ребенка или мать ребенка, что анализ крови необходимо сдать натощак. Провести психологическую подготовку матери и ребенка. Получить разрешение матери на проведение процедуры. Уточнить фамилию и имя ребенка.

. Вымыть руки.

. Посадить или положить ребенка (в зависимости от возраста и состояния). Руку положить ладонью вверх. Под локтевой сустав положить валик, рука должна находиться в положении максимального разгибания. На плечо выше локтевого сгиба наложить резиновый жгут через салфетку.

*Примечание. Жгут должен прижать только поверхностные вены и не в коем случае не нарушать движение крови по артериям.*

. Массажировать поверхностные вены от кисти до локтевого сгиба. Кончиком указательного пальца пропальпировать вены локтевого сгиба и выбрать наиболее объемную и наименее подвижную вену.

. Обеззаразить руки, надеть стерильные резиновые перчатки, обработать место инъекции 70% этиловым спиртом.

. Проверить срок годности шприца.

. Правой рукой взять шприц так, чтоб один палец фиксировал муфту иголки, а остальные удерживали цилиндр. Иголку установить под острым углом к поверхности кожи по направлению тока крови, проколоть кожу и стенку вены. Оттянуть поршень шприца к себе. При правильном введении в шприце появится кровь.

*Примечание. Во время взятия крови жгут с руки не снимать.*

. Взять 5 мл крови, снять жгут, фиксировать место пункции стерильным ватным тампоном, извлечь иглу из вены.

. Кровь из шприца осторожно вылить в пробирку по ее стенке, чтобы не разрушились эритроциты и другие элементы крови.

. Закрыть пробирку стерильной резиновой пробкой. Прикрепить этикетку-направление на пробирку с внешней стороны, отправить в биохимическую лабораторию в специальном контейнере.

*Внимание! Не вставлять направление в пробирку.*

. Провести дезинфекцию использованных принадлежностей.

. Про выполненную манипуляцию сделать отметку в медицинской документации.

*ОСОБЕННОСТИ ВЗЯТИЯ КРОВИ НА БИОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ*

При взятии крови на биохимическое исследование медсестра должна помнить:

забор крови для исследования производится утром строго натощак;

перед исследованием не проводятся лечебные процедуры (внутримышечные, внутривенные инъекции, физиотерапия, массаж, рентгенологическое исследование и т.д.);

время наложения жгута не должно превышать 1 мин.;

кровь берется сухим шприцом или сухой иглой и спускается в сухую пробирку;

во время забора крови пациент не должен сжимать пальцы рук и производить ими какие-либо движения;

для определения одного показателя достаточно 1-2 мл крови;

при назначении большого количества исследований следует исходить из расчета 1 мл крови на 1 исследование;

кровь должна быть доставлена в лабораторию не позднее 1-5 часов после взятия.

**Заключение**

Целью данной курсовой работы являлось изучение этиологии, стадии развития, клинической картины, методов диагностики и лечения желчнокаменной болезни. И изучив все аспекты развития заболевания, можно профилактировать и своевременно выявлять начальные симптомы заболевания, а значит и правильно назначить соответствующее обследование и лечение, а так же оказать неотложную помощь при желчной колике.

Существует медикаментозная профилактика желчнокаменной болезни, которая основывается на применении желчегонных средств, улучшающих отток желчи. Существуют препараты, благоприятно влияющие на желчеобразующую функцию печени. Препараты эти чаще всего растительные, многокомпонентные.

**Список литературы**

1) Полный медицинский справочник / Пер. с англ. Е. Махияновой и И. Древаль. - М.: АСТ, Астрель, 2006. - 1104 с

2) Михайлович В.А., Мирошниченко А.Г. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. - Санкт-Петербург, 2001.

) Рябова С.И., Алмазова В.А. Шляхто Е.В. Внутренние болезни. - Санкт-Петербург: СпецЛит, 2001.

) Справочник. Болезни. Синдромы. Симптомы. - Москва: Оникс 21 век. Мир и образование, 2004.

5) http://www.medeffect.ru

6) http:// 31 f.ru