**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ**

**Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России)**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**

**Дополнительного профессионального образования «Обнинский центр повышения квалификации и переподготовки специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием» ФГБОУ ДПО ФМБА России**

Реферат:

Цикл «Сестринское дело в хирургии»

**«Сестринский процесс при циррозах печени. Диагностика, лечение»**

Обнинск - 2016

**Цирроз печени** - хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся дистрофией и некрозом печеночной ткани, признаками печеночной недостаточности и портальной гипертензии, сопровождающееся разрастанием соединительной ткани и глубокими нарушениями структуры и функции печени.

**Причины возникновения цирроза печени**

Основными факторами риска развития цирроза принято считать:

. Хронические вирусные гепатиты В, С.

. Злоупотребление алкоголем.

. Гепатотропные лекарства.

. Токсическое воздействие промышленных ядов, лекарственных средств (метотрексат, изониазид и др.), микотоксинов и др.

. Длительное поражение желчных путей.

. Венозный застой в печени, связанный с длительной и тяжелой сердечной недостаточностью.

. Наследственные болезни -гемохроматоз, гепатоцеребральная дистрофия, недостаточность aльфа-один-антитрипсина, галактоземия, гликогеноз и др.

**Проявления цирроза печени**

Жалобы на слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности и аппетита, диспептические расстройства (тошноту, рвоту, горечь во рту, отрыжку, непереносимость жирной пищи, алкоголя).

Характерны чувство тяжести или боли в животе, преимущественно в правом подреберье и подложечной области. Среди признаков цирроза печени значение имеют так называемые "печеночные знаки: «сосудистые звездочки» (телеангиоэктазии), эритема ладоней («печеночные ладони»), «лаковый» малинового цвета язык. Из-за холестаза видны темная моча и светлого цвета кал.

Нередко наблюдаются кровоизлияния в кожу, а также повышенная кровоточивость слизистых оболочек.

Отмечаются кожный зуд, боли в суставах, уменьшения волосяного покрова в области подмышечных впадин и лобка, снижения полового влечения. Температура тела повышается умеренно или остается в пределах нормы.

Часто наблюдается астенический синдром, проявляющийся слабостью, повышенной утомляемостью, раздражительностью, слезливостью, неустойчивостью настроения. Больные впечатлительны, часто обидчивы, придирчивы, подозрительны, склонны к истерическим реакциям. Характерны нарушение сна - бессонница ночью, сонливость днем.

Течение цирроза печени бывают вызваны простудными заболеваниями, нарушением режима, употреблением алкоголя.

**Сестринский процесс при циррозе печени**

**Проблемы пациентов**:

**А.** **Существующие** (настоящие):

боли в правом подреберье; тошнота, горечь во рту;

метеоризм;

снижение аппетита;

кожный зуд;

увеличение живота (из-за асцита);

олигурия;

слабость, быстрая утомляемость;

нарушение сна;

раздражительность;

необходимость постоянно принимать лекарственные препараты;

недостаток информации о заболевании; необходимость отказа от приема алкоголя;

дефицит самоухода.

**Б. Потенциальные**:

риск развития кровотечений из вен пищевода, геморроидальных вен;

риск развития печеночной комы; возможность инвалидизации.

**Сбор информации при первичном обследовании**

**А. Расспрос пациента о:**

перенесенных ранее заболеваниях (гепатит, заболевания желчевыводящих путей);

отношении пациента к алкоголю;

особенностях питания;

профессиональной деятельности (контакт с гепатотропными ядами);

приеме гепатотропных лекарственных препаратов;

аллергических реакциях на лекарства, продукты питания и пр.;

длительности заболевания, частоте обострений;

наблюдении гастроэнтерологом, регулярности обследования (даты результатов последних биохимических анализов крови АЛT,ACT, белковые фракции крови; осадочные пробы, УЗИ, сканирования печени);

приеме лекарственных препаратов (название препарата, доза, регулярность приема, переносимость);

жалобах пациента в момент осмотра.

**Б. Осмотр пациента:**

состояние кожных покровов и слизистых; цвет (наличие желтухи или иктеричности). цвет ладоней, наличие расчесов, «сосудистых звездочек», расширенных вен на передней брюшной стенке;

масса тела пациента;

измерение температуры тела; исследование пульса;

измерение артериального давления;

оценить размеры живота (наличие асцита);

поверхностная пальпация живота.

**Сестринские вмешательства, включая работу с семьей пациента**

. Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать диету с ограничением животных жиров и достаточным количеством белков, углеводов и витаминов. Исключить острые, жареные, маринованные блюда, специи. При асците ограничить употребление соли и жидкости. Режим питания - 4-5 раз в сутки.

. Обеспечить пациенту полупостельный режим.

. Убедить пациента в необходимости отказа от алкоголя.

. Оказывать помощь при рвоте, метеоризме.

. Осуществлять уход за кожей.

. Информировать пациента о медикаментозном лечении (лекарственных препаратах, их дозе, правилах приема, побочных эффектах, переносимости).

. Убедить пациента в необходимости соблюдения диеты, режима питания, приема лекарственных препаратов.

. Обеспечить пациенту полноценный сон.

. Осуществлять контроль за:

соблюдением пациентом диеты, режима питания, полупостельного режима;

передачами пациенту;

регулярным приемом лекарственных средств:

суточным диурезом;

массой тела;

состоянием кожных покровов;

симптомами кровотечения (пульсом и артериальным давлением).

. Оказывать первую помощь при кровотечении.

. Подготовка пациента к биохимическим исследованиям крови, анализу кала на копрограмму и анализу мочи.

. Подготовка пациента к УЗИ органов брюшной полости, холецистографии, сканированию печени. Если причиной цирроза печени явился гепатит, то необходимо строго соблюдать санэпидрежим:

Больной должен помещаться в отдельную палату.

Обеспечить пациента отдельными предметами ухода и посудой.

Отдельно проводить обследование этой группы пациентов.

Отдельно проводить процедуры, используя одноразовый инструментарий, дезинфицировать кал.

**Диагностика**

Диагноз цирроза печени на ранних стадиях представляет значительные трудности, поскольку заболевание развивается постепенно и вначале не имеет выраженных проявлений.

Существенное значение в распознавании цирроза печени имеют ультразвуковые, рентгенологические и радионуклидные методы исследования. Довольно точную информацию о состоянии печени при циррозе можно получить с помощью компьютерной томографии.

Радионуклидное исследование печени - сцинтиграфия по своей информативности уступает ультразвуковому исследованию и компьютерной томографии, однако в отличие от них она позволяет оценить также функцию органа.

Решающее в диагностике цирроза значение имеет исследование ткани печени, полученной при пункционной биопсии - слепой или прицельной, проводимой под контролем ультразвука или при лапароскопии.

**Лечение цирроза печени**

Ограничивают психические и физические нагрузки. При общем хорошем состоянии рекомендуются лечебная ходьба, лечебная гимнастика. Женщины с активным циррозом печени должны избегать беременности.

Компенсированный неактивный цирроз печени медикаментозного лечения, как правило, не требует. Кроме того, следует вообще максимально ограничить прием лекарственных средств, особенно успокаивающих.

При суб- и декомпенсированной формах выбор лекарственной терапии определяется характером основных проявлений заболевания. В случае низкого содержания белка в крови назначают анаболические стероиды, переливания раствора альбумина и плазмы. Наличие анемии является показанием к назначению препаратов железа. При отеках и асциде ограничивают прием жидкости, исключают из рациона поваренную соль, назначают мочегонные средства (гипотиазид, фуросемид) в сочетании с антагонистами альдостерона (спиронолактоном). Парацентез производят по жизненным показаниям, выпуская одномоментно не более 3 л жидкости.

Применяют также так называемые гепатопротекторы - витамины группы В, оротовую кислоту, экстракты и гидролизаты печени, силибинин (легален), эссенциале и др.

В случае активности процесса используют те же средства, что и при хроническом активном гепатите, основными из них являются гормоны (преднизолон) и иммунодепрессанты (азатиоприн и др.). Их эффективность находится в обратной зависимости от глубины структурной перестройки ткани печени и в далеко зашедших стадиях цирроза печени близка к нулю.

Для предупреждения инфекций всем больным с циррозом печени при любых вмешательствах (удалении зуба, парацентезе, ректороманоскопии и др.) профилактически назначают антибиотики. Антибактериальная терапия показана также даже при легких инфекционных процессах.

**Общие советы больным циррозом печени**

.Отдыхайте, как только почувствуете усталость.

.Не поднимайте тяжести (это может спровоцировать желудочно-кишечное кровотечение)

.Добивайтесь частоты стула 1-2 раза в день. Больным циррозом печени для нормализации работы кишечника и состава кишечной флоры в пользу "полезных" бактерий рекомендуется принимать лактулозу (дюфалак). Дюфалак назначают в той дозе, которая вызывает мягкий, полуоформленный стул 1-2 раза в день. Доза колеблется от 1-3 чайных ложек до 1-3 столовых ложек в сутки, подбирается индивидуально. У препарата нет противопоказаний, его можно принимать даже маленьким детям и беременным женщинам.

.Для улучшения пищеварения больным назначают полиферментные препараты. При задержке жидкости в организме (отеки, асцит) необходимо ограничить прием поваренной соли до 0,5г в сутки, жидкости - до 1000-1500мл в сутки.

.Ежедневно измеряйте вес тела, объем живота на уровне пупка (увеличение в объеме живота и веса тела говорит о задержке жидкости);

.Ежедневно считайте баланс жидкости за сутки (диурез): подсчитывать объем всей принимаемой внутрь жидкости (чай, кофе, вода, суп, фрукты и т.д.) и подсчитывать всю жидкость, выделяемую при мочеиспускании. Количество выделяемой жидкости должно быть примерно на 200-300 мл больше, чем количество принятой жидкости.

.Для контроля степени поражения нервной системы рекомендуется использовать простой тест с почерком: каждый день записывайте короткую фразу, например, "Доброе утро" в специальную тетрадь. Показывайте свою тетрадь родственникам - при изменении почерка обратитесь к лечащему врачу.

**Диета**

Исключаются из питания:

минеральные воды, содержащие натрий;

алкоголь;

соль

продукты, содержащие пекарный порошок и питьевую соду.

соленья, оливки, ветчина, бекон, солонина, языки, устрицы, мидии, сельдь, рыбные и мясные консервы, рыбный и мясной паштет, колбаса, майонез, различные баночные соусы и все виды сыров, мороженое.

Разрешается:

Говядина, мясо домашней птицы, кролика или рыбы и одно яйцо в сутки.

Молоко ограничивается до 1 стакана в сутки. Нежирная сметана.

Вареный рис (без соли).

Любые овощи и фрукты в свежем виде или в виде блюд, приготовленных в домашних условиях.

**Осложнения**

1.Печёночная кома

. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода

. Тромбоз в системе воротной вены

. Гепаторенальный синдром

. формирование рака печени

.инфекционные осложнения - пневмонии,, «спонтанный»перетонит при асците, сепсис.

**Прогноз**

Продолжительность жизни при циррозе печени зависит от степени компенсации процесса. Примерно половина больных с компенсированным (в момент установления диагноза) циррозом живет более 7 лет.

При декомпенсированном циррозе через 3 года остается в живых 11-41%. При развитии асцита лишь четвертая часть больных переживает 3 года. Еще более неблагоприятный прогноз имеет цирроз, сопровождающийся поражением нервной системы, при которой больные в большинстве случаев умирают в течение года.

Основные причины смерти - печеночная кома и кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Больные циррозом печени ограниченно трудоспособны (инвалидность III группы), а при декомпенсированном циррозе, активных формах заболевания и при присоединении осложнений - нетрудоспособны (инвалидность II и I группы).

**Профилактика**

Профилактика заключается в предупреждении и своевременном лечении заболеваний, приводящих к циррозу печени (в первую очередь алкоголизма и вирусных гепатитов).

**Список использованных источников**

цирроз печень сестринский лечение

1.Гарбузенко Д. В. Гемодинамические нарушения при циррозе печени

.Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и жёлчных путей.

. Е. М. Климова, И. А. Вотякова, И. А. Кривцова. Болезни печени.