Тема: Сестринская помощь при дискинезиях желчного пузыря и желчевыводящих путей

ВВЕДЕНИЕ

Согласно определению словаря под редакцией Н.Д. Твороговой, организм (от позднелат. organizo, organizare - устраиваю, сообщаю, стройный вид) - сложная морфологически и химически организованная система, жизнедеятельность которой обеспечивается взаимодействием его клеток, тканей и органов с различными факторами - внутренними и внешними. Ввиду этого, будет сообразно разбирать причину заболевания не «однобоко», а учитывая всевозможные факторы и причины.

В настоящее время проблемы здорового образа жизни и состояния организма человека стоят наиболее остро. Нерациональное питание, нервно-психические перенапряжения, экология, наличие вредных привычек - все эти факторы накладывают отпечаток на наше здоровье. По статистике дисфункции желчевыводяших путей занимают 2-е место в структуре заболеваний органов пищеварения. На основании различных исследований выяснилось, что ДЖПВ чаще всего сопутствует патология других органов и систем. Так например, на протяжении многих лет неизменный научный и практический интерес вызывала связь заболеваний желчных путей и сердечно-сосудистой системы. Еще в середине первой половины ХХ столетия основоположник клинического мышления С.П. Боткин указывал на взаимосвязь заболеваний желчевыводящих путей и сердца.

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) - нарушения двигательной функции желчного пузыря и желчных путей из-за несогласованных, недостаточных или чрезмерных сокращений желчного пузыря и сфинктеров Одди (сфинктер большого дуоденального сосочка), Люткенса (сфинктер в шейке желчного пузыря) и Мирицци (сфинктер при слиянии правого и левого печеночных протоков). Неблагоприятные факторы способствовали «помолодению» данного заболевания, если раньше от ДЖВП страдали в основном люди старшего и среднего возраста, то теперь чаще встречаются пациенты молодого и детского возрастов.

Актуальность темы:

Данная тема актуальна, так как ДЖВП прогрессирует. Статистические данные говорят сами за себя. Поэтому необходимо задуматься о том, чтобы максимально минимизировать факторы, способствующие этому заболеванию и организовать правильный сестринский уход за пациентами в стационаре.

Значение темы:

Ввиду высокой степени заболеваемости населения ДЖВП, необходимо знать и уметь выполнять манипуляции по устранению приоритетных и потенциальных проблем пациентов, а так же вести просветительскую работу среди населения для предупреждения и профилактики.

Цель работы:

Изучить основные причины возникновения, статистика заболеваемости, классификация;

Изучить методы исследования при заболевании ДЖВП;

Уметь правильно организовать уход за пациентом с заболеванием ДЖВП.

Данная курсовая работа включает в себя:

Введение;

Глава 1; Глава 2;

Заключение;

- Список использованной литературы.

Глава 1. Дискенезия желчного пузыря и желчевыводящих путей

.1 Анатомия и физиология желчных путей и желчного пузыря

Жёлчный пузырь полый - орган пищеварительной системы, в котором накапливается и концентрируется желчь, вырабатываемая печенью. Располагается на нижней поверхности правой доли печени и имеет форму овального мешка, величиной с небольшое куриное яйцо. От узкой части (шейки) пузыря идёт короткий выводной пузырный желчный проток

В месте перехода шейки пузыря в пузырный желчный проток располагается сфинктер Люткенса, регулирующий поступление жёлчи из желчного пузыря в пузырный желчный проток и обратно. Пузырный желчный проток в воротах печени соединяется с печёночным протоком. Через слияние этих двух протоков образуется общий желчный проток, объединяющийся затем с главным протоком поджелудочной железы и, через сфинктер Одди, открывающийся в двенадцатиперстную кишку. Поступившая в двенадцатиперстную кишку, желчь участвует в процессах пищеварения.

Сфинктер О́дди - гладкая мышца, располагающаяся в фатеровом сосочке, находящимся на внутренней поверхности нисходящей части двенадцатиперстной кишки. Сфинктер Одди управляет поступлением желчи и сока поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку и препятствует поступлению кишечного содержимого в жёлчные и панкреатические протоки.

Выход желчи в кишку происходит при активном сокращении стенок желчного пузыря и одновременном расслаблении сфинктера Одди. Основной гормональный регулятор холецистокинин вызывает расслабление сфинктера Одди и одновременно сокращение желчного пузыря. Гормон холецистокинин также имеет отношение к эмоциям страха. Нарушение его выработки или снижение рецепторной чувствительности может привести к дискоординации поступления желчи в двенадцатиперстную кишку.

Жёлчный пузырь исполняет роль резервуара, использование которого позволяет снабжать двенадцатиперстную кишку максимальным количеством жёлчи во время активной пищеварительной фазы, когда кишка наполняется частично переваренной в желудке пищей.



1.2 Понятие о заболевании дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей: причины возникновения, классификация, типы

Дискинезия желчевыводящих путей - нарушение двигательной функции желчного пузыря и протоков. Ведущая роль в развитии дисфункциональных расстройств принадлежит психоэмоциональным перегрузкам, стрессовым ситуациям. Дисфункции желчного пузыря и сфинктера Одди могут быть проявлениями общего невроза. Дискинезия проявляется не только гастроэнтерологическими симптомами, а влияет на общее качество жизни. Упадок сил, быстрая утомляемость, апатия, снижение полового влечения, плохой аппетит, беспокойный сон, нарушение менструального цикла у женщин - все это может быть последствиями данного заболевания. В будущем дискинезия может обернуться желчнокаменной болезнью (образование конкрементов камней в желчном пузыре и протоках), холицеститом, панкреатитом, сахарным диабетом, нарушением работы кишечника, стать причиной удаления желчного пузыря.

По статистике дискинезии составляют около 70 % заболеваний желчевыделительной системы. Предполагают, что дисфункции желчного пузыря более часто встречаются у женщин,что обусловлено это такими физиологическими процессами как беременность, наличие миомы (по мере своего роста вызывают сужение просвета желчевыводящих путей), применения гормональных контрацептивов. Первичные дисфункции, протекающие самостоятельно, встречаются относительно редко (10-15 %).

Выделяют первичные и вторичные причины нарушения опорожнения желчного пузыря.

К первичным факторам относятся:

· изменения гладкомышечных клеток желчного пузыря;

· снижение чувствительности к нейрогормональным стимулам;

· дискоординация желчного пузыря и пузырного протока;

· увеличенное сопротивление пузырного протока.

Вторичными причинами являются:

· гормональные заболевания и состояния - беременность, соматостатинома, терапия соматостатином;

· послеоперационные состояния - резекция желудка, наложение анастомозов, ваготония;

· системные заболевания - диабет, цирротическая стадия хронических гепатитов, целиакия, миотония, дистрофия,

· воспалительные заболевания желчного пузыря и наличие конкрементов.

Классификация дисфункциональных расстройств билиарного тракта:

По локализации:

Дисфункция желчного пузыря (по гипо или гиперкинетическому типу)

Дисфункция сфинктера Одди (спазм сфинктера Одди)

По этиологии:

Первичные; - Вторичные.

По функциональному состоянию:

Гиперфункция; - Гипофункция.

Гипокинетический тип дискенезии наблюдается чаще у лиц с преобладанием тонуса симпатической части вегетативной нервной системы. Характеризуется чувством распирания и постоянной тупой, ноющей болью в правом подреберье без четкой локализации, которые усиливаются после чрезмерных психоэмоциональных стрессов, а иногда и приема пищи. Болевой синдром при гипокинезе обусловлен преимущественным растяжением инфундибулярной части желчного пузыря. Этому способствует выделение антихолецистокинина, избыточное количество которого значительно снижает образование в двенадцатиперстной кишке холецистокинина. Снижение синтеза холецистокинина, являющегося холекинетическим агентом, еще более замедляет двигательную функцию желчного пузыря.

Гиперкинетический тип дискенезии наблюдается чаще у лиц с ваготонией и характеризуется периодически возникающей острой коликообразной, иногда весьма интенсивной болью в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, плечо (напоминает печеночную колику) или, наоборот, в левую половину грудной клетки, область сердца (напоминает приступ стенокардии). Кардиальные проявления при заболеваниях желчного пузыря были описаны С.П. Боткиным как пузырно-кардиальный рефлекс (симптом Боткина). Боль, как правило, возникает внезапно, повторяется несколько раз в сутки, носит кратковременный характер, не сопровождается повышением температуры тела, увеличением СОЭ и лейкоцитозом. Иногда приступы сопровождаются тошнотой, рвотой, нарушением функции кишечника. Возможно возникновение у таких больных вазомоторного и нейровегетативного синдромов: потливость, тахикардия, гипотония, ощущение слабости, головная боль.

Дисфункция сфинктера Одди (ДСО) - характеризуется частичным нарушением проходимости протоков на уровне сфинктера и может иметь как органическую (структурную), так и функциональную (нарушение двигательной активности) природу и клинически проявляться нарушением оттока желчи и панкреатического сока. ДСО весьма часто проявляется у лиц, перенесших холецистэктомию. Большинство случаев так называемого постхолецистэктомического синдрома обусловлено именно развитием ДСО. По данным У. Лейшнера (2001), у 40% больных, которым проводится стандартная холецистэктомия по поводу камней желчного пузыря, после операции сохраняются клинические симптомы. У 40-45% больных причиной жалоб служат органические нарушения (стриктуры желчных путей, нераспознанные камни общего желчного протока, предшествующие заболевания желудочно-кишечного тракта и др.), у 55-60% - функциональные.Для большинства больных, перенесших холецистэктомию, характерна недостаточность сфинктера Одди с непрерывным истечением желчи в просвет двенадцатиперстной кишки. Однако может отмечаться и его спазм. После удаления желчного пузыря даже умеренное сокращение сфинктера Одди может привести к существенному повышению давления во всем желчном тракте.

1.3 Диагностика и методы исследования

Для наилучшего выбора способа лечения необходимо произвести диагностику, а так же анализ анамнеза жизни и заболевания пациента.

Анализ анамнеза заболевания и жалоб (когда (как давно) появились боль и тяжесть в верхних отделах живота, желтушное окрашивание кожи, тошнота, рвота, утомляемость и другие симптомы, с чем пациент связывает их возникновение).

Анализ анамнеза жизни. Есть ли у пациента какие-либо хронические заболевания, отмечаются ли наследственные (передаются от родителей к детям) заболевания, есть ли у пациента вредные привычки, принимал ли он длительно какие-нибудь препараты, выявлялись ли у него опухоли, контактировал ли он с токсическими (отравляющими) веществами, принимал ли лекарственные препараты, работал ли на вредном производстве, проживал ли в экологически неблагополучных районах.

Физикальный осмотр. При осмотре определяется нормальная окраска кожи или ее желтушность, сниженное или повышенное питание. При пальпации (прощупывании) оценивается болезненность в правом подреберье, усиливающаяся на вдохе. При перкуссии (простукивании) определяются размеры печени и селезенки.

Лабораторные методы исследования.

Общий анализ крови может не выявить отклонений от нормы. При наличии воспалительных заболеваний появляется лейкоцитоз (повышение количества лейкоцитов - белых клеток крови), увеличение скорости оседания эритроцитов - красных клеток крови (СОЭ - неспецифический лабораторный показатель, отражающий соотношение разновидностей белков крови).

Общий анализ мочи выявляет более темное окрашивание мочи, чем должно быть в норме, в ней могут обнаруживаться желчные пигменты (красящие вещества, выделяемые желчью).

Биохимический анализ крови. Определяется уровень креатинина (продукта распада белка), мочевой кислоты (продукта распада веществ из ядра клетки), общего белка и его фракций (разновидностей), щелочной фосфатазы (ЩФ), гамма-глутамил-транспептидазы (ГГТ), аланин-аминотрансферазы (АлАТ или АЛТ), аспартат-амиминотрасферазы (АсАТ или АСТ), билирубина (желчного пигмента - красящего вещества, продукта распада эритроцитов), электролитов (калий, натрий, кальций, магний).

Липидограмма (анализ содержания липидов - жироподобных веществ - в крови). Может выявить нарушения нормального содержания различных липидов.

Маркеры вирусных гепатитов (признаки наличия в организме вирусов, способных повреждать печень).

Исследование кала на наличие плоских и круглых червей, а также простейших (одноклеточных организмов).

Инструментальные методы исследования.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости выявляет изменение размеров и формы желчного пузыря, наличие в нем камней, перегибов или перетяжек.

Ультразвуковое исследование желчного пузыря с пробным завтраком. После выполнения ультразвукового исследования желчного пузыря натощак пациенту дается пробный завтрак, содержащий большое количество жиров (например, стакан сметаны или два яичных желтка). Через 30 и 60 минут вновь выполняется ультразвуковое исследование желчного пузыря. Врач оценивает, насколько своевременно и полно сократился желчный пузырь после приема пищи. Это исследование позволяет оценить форму дискинезии желчевыводящих путей - гиперкинетическая (то есть с повышенной сократимостью мышц желчевыводящих путей) или гипокинетическая (то есть с пониженной сократимостью мышц желчевыводящих путей).

Дуоденальное зондирование. При этом исследовании в двенадцатиперстную кишку через нос или рот вводят зонд (трубку) на длительное время. Периодически через зонд берут порции желчи для исследования. При исследовании желчи выявляют признаки воспаления, камнеобразования и др.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) - изучение состояния поверхности пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки с помощи эндоскопов (оптических приборов). Проводится при подозрении на заболевание этих органов как причину дискинезии желчевыводящих путей.

Пероральная холецистография - метод исследования, при котором пациент выпивает контрастное (то есть делающее места его накопления видимыми на рентгене) вещество, накапливающееся в желчном пузыре. Позволяет оценить размеры и форму желчного пузыря, наличие аномалий (нарушений) его развития.

Внутривенная холецистография - метод исследования, при котором внутривенно вводится контрастное вещество, накапливающееся в желчном пузыре. Позволяет оценить размеры и форму желчного пузыря, наличие аномалий (нарушений) его развития. Противопоказано при аллергии (индивидуальной повышенной чувствительности) к препаратом йода.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатиграфия (ЭРХПГ) - сочетание эндоскопического и рентгенологического методов, дающее изображение желчевыводящих путей.

Гепатобилиарная сцинтиграфия - радиоизотопный метод исследования, при котором внутривенно вводится радиоактивный препарат, избирательно накапливающийся в печени и желчевыводящих путях, что позволяет получить их точное изображение.

желчный пузырь уход пациент

Глава 2. Сестринская помощь при дискинезиях желчного пузыря и желчевыводящих путей

.1 Этапы сестринского процесса при ДЖВП

## Основной задачей медицинской сестры является организация правильного ухода за пациентами. Чаще всего пациент, поступая в стационар, не знает своего диагноза и причины болезни, ввиду этого появляются дополнительные проблемы в форме страха, поэтому необходимо грамотно и четко объяснить диагноз, успокоить больного, это создаст более благоприятную и доверительную атмосферу для дальнейшего общения с пациентом.

## Этапы сестринского процесса включают в себя следующее:

## Сбор информации о пациенте для диагностики заболевания состоит из опроса, объективного обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования.

## Выявление проблем пациента - чем обусловлены существующие проблемы (нарушение пищеварения, нарушения функций вегетативной нервной системы и др.)

## Планирование и реализация ухода за пациентом в стационаре

План ухода:

. Обеспечить организацию и контроль над соблюдением лечебно-охранительного режима:

провести беседу с пациентом о заболевании и профилактике осложнений;

объяснить пациенту о необходимости соблюдения постельного режима;

контролировать наличие горшка в палате для пациента;

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 - создать комфортные условия

. Создание комфортных условий в палате:

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:

провести беседу с пациентом о необходимости соблюдения личной гигиены;

контролировать и оказывать помощь пациенту при проведении гигиенических мероприятий

Мотивация:

Обеспечение санитарно-гигиенических мероприятий. Потребность быть чистым.

. Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением диеты:

проведение беседы с пациентом об особенностях питания, о необходимости соблюдения диеты;

рекомендовать приносить для питья: минеральные воды

Мотивация:

Удовлетворение физиологической потребности в пище

. Выполнять назначения врача:

раздача лекарственных препаратов индивидуально в назначенной дозе, регулярно по времени;

объяснить пациенту о необходимости приема лекарственных препаратов;

провести беседу о возможных побочных эффектах лекарственных препаратов;

провести беседу с пациентом о необходимости проведения назначенных лабораторных исследований;

научить пациента правилам сбора мочи, кала; обеспечить посудой для сбора мочи и кала; контролировать сбор мочи и кала;

перед каждым инструментальным исследованием провести психологическую подготовку больного 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:

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.

Оценка эффективности ухода.

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

## .2 Профилактика ДЖВП

## После выписки из стационара пациент должен взять ответственность за свое здоровье, чтобы не допустить обострения заболевания.

А именно, в первую очередь следить за рационом питания, стараться питаться полноценно, избегая таких продуктов как тугоплавкий жир, копчености, маринады и соленья, грибы и орехи, горох и бобы, черный хлеб или хлеб с отрубями, овощи с остротой - редиска, репа, лук, чеснок, пшено, свежую выпечку, кофе и какао, шоколад. Категорически запрещены продукты фаст-фуд, мороженое и жвачки газировки, особенно сладкие. Необходимо есть часто и небольшими порциями, все продукты должны быть приготовлены на пару, отварены, потушены - никаких зажаренных корок и острых соусов.

Так же важную роль в профилактике играет соблюдение режима труда и отдыха, необходимо избегать стрессов и нервно-психологических перенапряжений.

Ведь не следует забывать, что дискенезия желчного пузыря и желчевыводящих путей может привести к более серьезным заболеваниям, таким как острый холецистохолангит, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь и др.

## Заключение

На основе проведенной работы можно сделать следующие выводы: Дискенезия заболевание серьезное, развитие которого напрямую зависит от человека. Пусковым механизмом заболевания является нервно-психологическое перенапряжение, поэтому необходимо стараться контролировать свои эмоции, не поддаваться стрессу и депрессиям. Здоровый образ жизни - самый верный способ избежать данных проблем. Занятия спортом, правильное питание, пребывания на свежем воздухе, соблюдение режима труда и отдыха положительно сказываются не только в случае заболевания дискенезии, но и необходимы для человека, не страдающего данным заболеванием. Поэтому необходимо пропагандировать здоровый образ жизни среди населения.

Со стороны медицинских работников стоит задача полномерного информирования населения, ведение просветительской работы. Ведь многие пациенты даже не задумываются о своем заболевании, не знают его причин и как с ним бороться, ввиду этого возникают дополнительные проблемы, такие как страх, что в свою очередь уже является стрессом для организма.

Выздоровление пациента в стационаре зависит не только от грамотно подобранного лечения врачом, но и от правильно организованного сестринского процесса, ведь медицинская сестра, установив доверительное отношение, контролирует выполнение пациентом назначения врача.

Сестринский уход имеет важное значение, так как уже после выписки из стационара пациент должен будет придерживаться диеты и режима дня, и в обязанностях медсестры донести до пациента важность для его здоровья соблюдения этих правил.

Списокиспользованнойлитературы

# 1. Денисов М. Ю. Практическая гастроэнтерология: Справочное руководство, 1999.

# . Гастроэнтерология (избранные главы)/Под. ред. А. А. Баранова, Е. В. Климанской, Г. В. Римарчук, 2002.

# . Заболевания органов пищеварения /Под. ред. А. А. Баранова. 1996.

# . Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике /Под. ред. М. И. Пыкова, К. В. Ватолина, 1998.

# . Международная классификация функциональных расстройств органов пищеварения. Римский консенсус по функциональным расстройствам органов пищеварения,1999.

# . Минушкин О. Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта: патофизиология, диагностика и лечебные подходы, 2004.

# . Урсова Н. И. Диагностический алгоритм и рациональная терапия функциональных нарушений билиарной системы . 2004. № 3. С. 152-155.

# . Эрдес С.И., Сергеев С.Н. Дискинезии желчевыводящих путей: диагностика и современная терапия http://terramedica.spb.ru/2\_2006/erdes.htm

# . Яковенко Э. П., Григорьев П. Я. Хронические заболевания внепеченочных желчевыводящих путей: Диагностика и лечение, 2000