

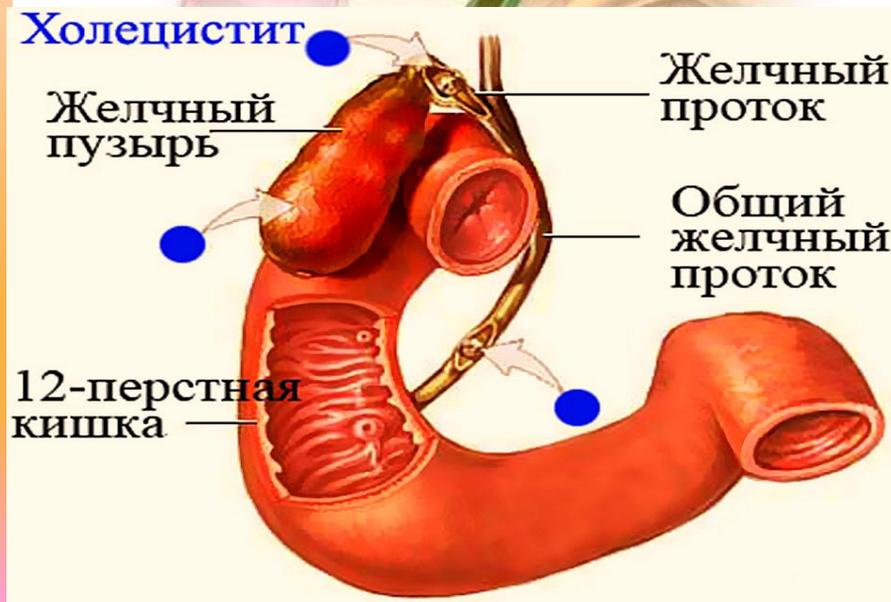
★ «Сестринский процесс при
заболеваниях желчного пузыря и
желчевыводящих путей» ★

План лекции:

1. Хронический холецистит. Этиология, клиническая картина, вопросы диагностики, лечения.
2. Желчнокаменная болезнь. Этиология, клиническая картина, вопросы диагностики, лечения.
3. Неотложная помощь при печеночной колике
4. Дискинезия желчного пузыря – краткие сведения

1. Хронический холецистит. Этиология, клиническая картина, вопросы диагностики, лечения.

Холецистит - воспаление желчного пузыря, обусловленное проникновением в ткани органа, часто условно-патогенной микрофлоры. По течению он может быть **острый** и **хронический**. Холецистит может протекать без образования камней (бескаменный холецистит) и с образованием камней (калькулезный холецистит)

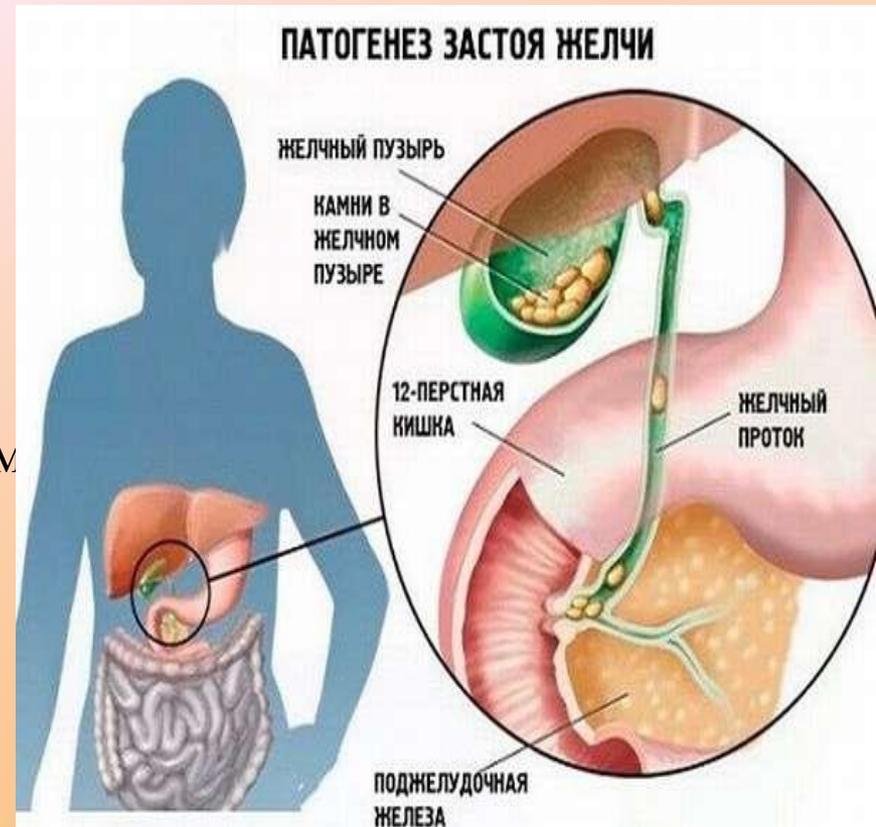


Пути проникновения микроорганизмов:

- Гематогенный
- Лимфогенный
- Восходящий (из кишечника - энтерогенный)
- Нисходящий (из внутрипеченочных желчных протоков)

Способствовать развитию болезни могут:

- застойные явления в желчном пузыре;
- дефекты развития желчного пузыря;
- нерациональное питание с преобладанием углеводной пищи и тяжелых жиров;
- хронические болезни ЖКТ и печени;
- глистные инвазии;
- нарушения иммунитета;
- беременность,
- возраст после 35 лет,
- женский пол.



Вне обострения хронический холецистит протекает вяло, при обострении возможно воспаление катарального, флегмонозного, гангренозного характера

I этап сестринского процесса

При обострении **больные жалуются:**

- на **боли** в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, плечевой сустав, под правую лопатку, в область сердца. **Боли ноющие**, усиливаются при погрешностях в диете и после психо-эмоционального напряжения. **Боли** могут быть приступообразными.
- Температура при обострении повышается до субфебрильных цифр, при гнойном воспалении до умеренных и высоких.
- При эмпиеме желчного пузыря, присоединении холангита, абсцессе печени может наблюдаться гектическая лихорадка.
- Характерны также тошнота, горький вкус во рту, чередование запоров и поносов .
- При объективном обследовании – обложенный язык, болезненность при пальпации в правом подреберье.

Выявляется ряд характерных симптомов:

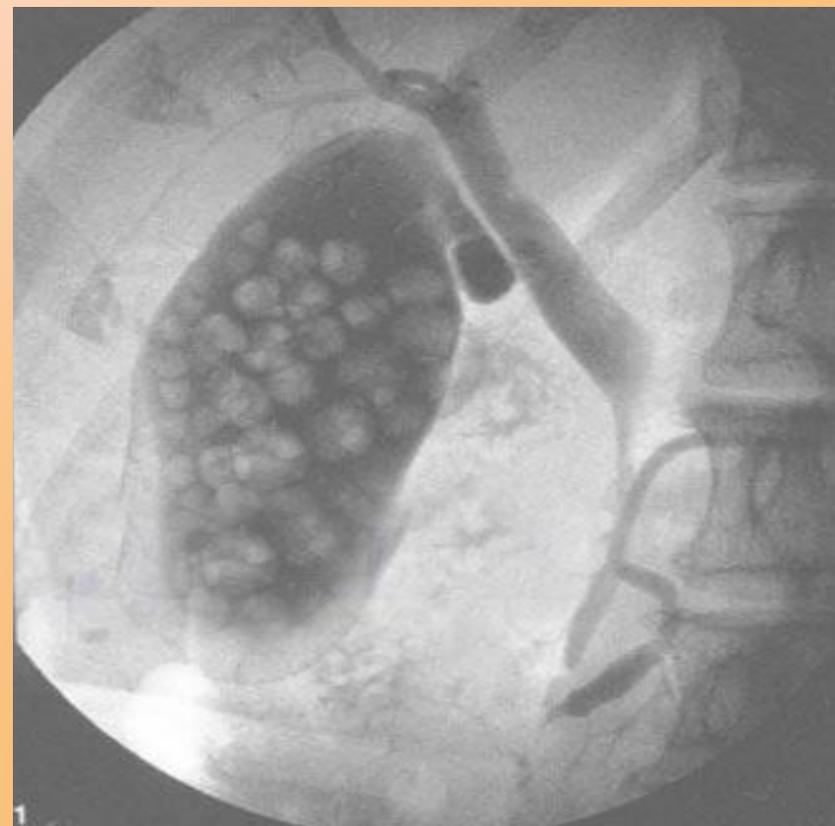
- Симптом Керра – болезненность в точке желчного пузыря, усиливающаяся на вдохе
- Симптом Лефене - болезненность при постукивании в области желчного пузыря на высоте вдоха
- Симптом Грекова – Ортнера - болезненность при постукивании ребром ладони по правой реберной дуге
- Симптом Мюсси – Георгиевского – болезненность при пальпации в области внутреннего конца правой ключицы.

Дополнительные методы обследования:

- Общий анализ крови: ускоренная СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево
- Дуоденальное зондирование: в порции В обнаруживаются лейкоциты, слизь, клетки эпителия, детрит
- Бактериологическое исследование желчи
- Рентгеновское исследование
- УЗИ.

Приоритетной проблемой пациента является боль в правом подреберье.

Краткосрочные цели - уменьшение боли ко II - III дню лечения, долгосрочные цели - исчезновение боли к моменту выписки



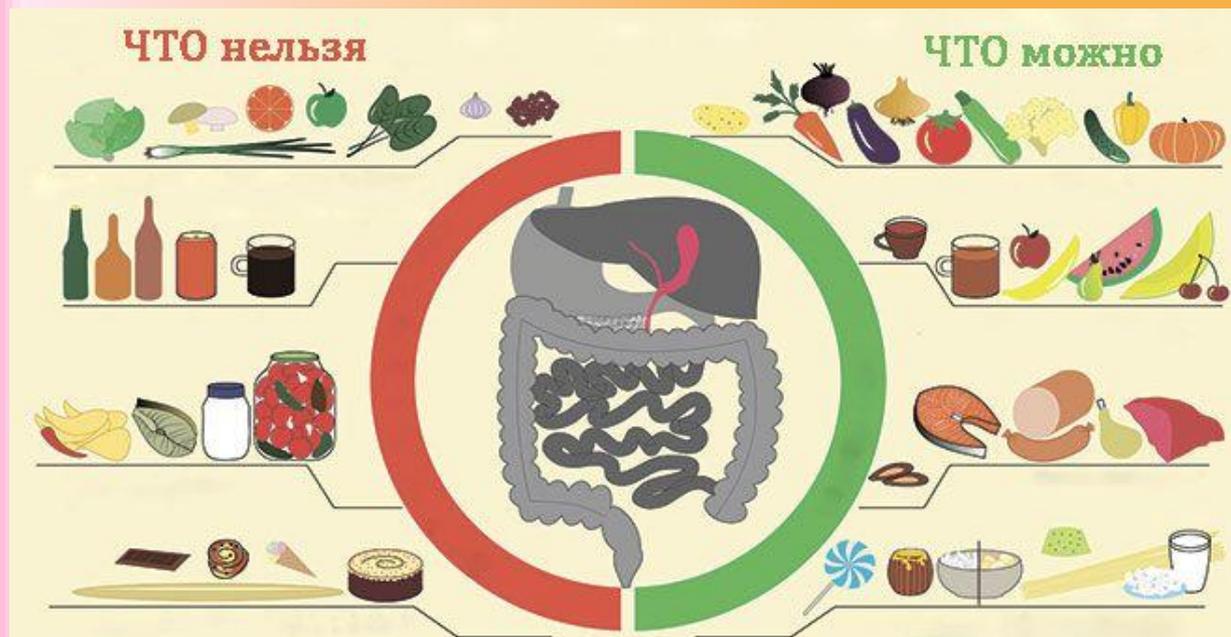
Лечение хронического холецистита

На 1 -2 дня больному назначается голод и питье теплой щелочной воды без газа, затем протертая пища 5-6 раз в день, в дальнейшем диета ОВСД (№5). Медсестра контролирует соблюдение больным диеты, информирует родственников пациента об особенностях диеты.

Для устранения боли назначаются М-холинолитики, спазмолитики, анальгетики. Антибактериальная терапия осуществляется в соответствии с результатами бактериологического исследования.

При некалькулезном холецистите используют желчегонные препараты: холеретики (стимулируют образование желчи - аллохол, холензим, фламин, кукурузные рыльца и др.) и холекинетики (стимулируют выделение желчи – сорбит, ксилит, холосас, облепиховое масло). Ряд желчегонных обладают комбинированным действием, это холестил, ровахол, циквалон.

При затихании воспалительного процесса рекомендуются слепые зондирования, тепловые процедуры. Санаторно-курортное лечение – Моршин, Трускавец, Миргород, Кавказские Минеральные Воды.

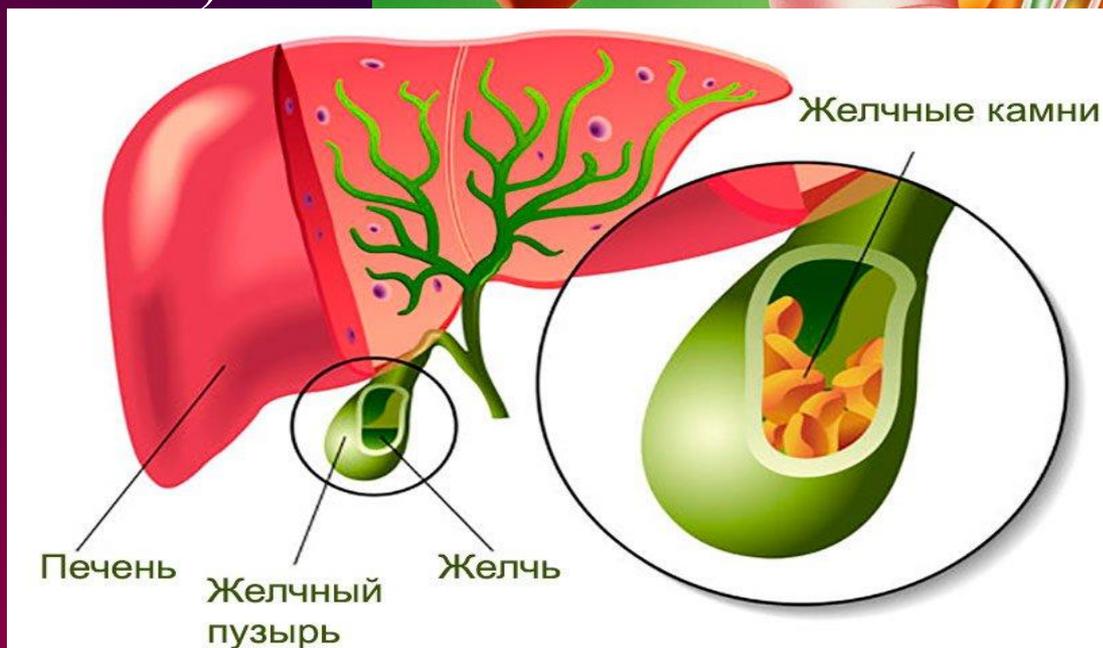
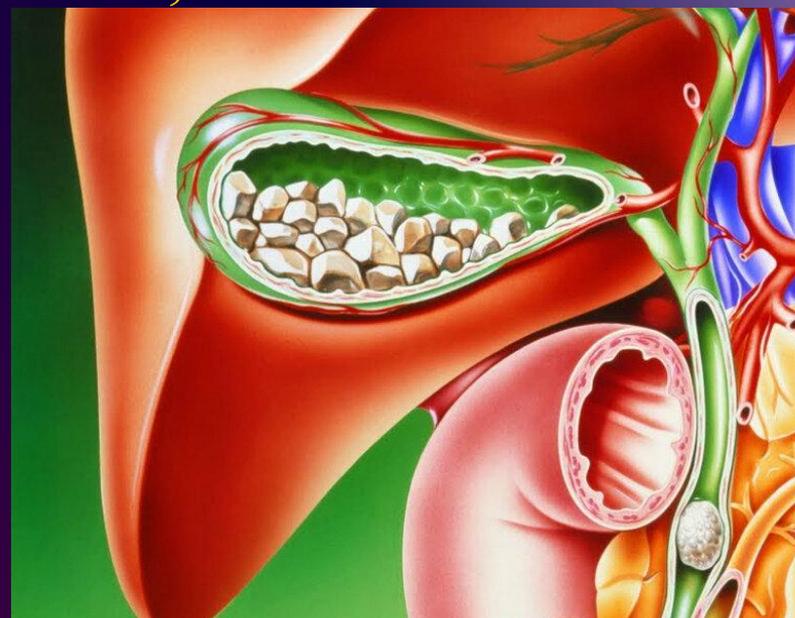


2. Желчнокаменная болезнь. Этиология, клиническая картина, вопросы диагностики, лечения.

Желчнокаменная болезнь

(холелитиаз или, как неправильно называют - желчекаменная болезнь)

– заболевание, связанное с нарушением обмена холестерина и билирубина, в результате чего образуются конкременты (камни) в желчном пузыре (холецистолитиаз) и/или в желчных протоках (холедохолитиаз).



Образование в нем камней происходит за счет изменения состава и застоя желчи (дисхолия), воспалительных процессов, моторно-тонических нарушений желчевыделения (дискинезия)



Смешанные

Пигментные

Холестериновые



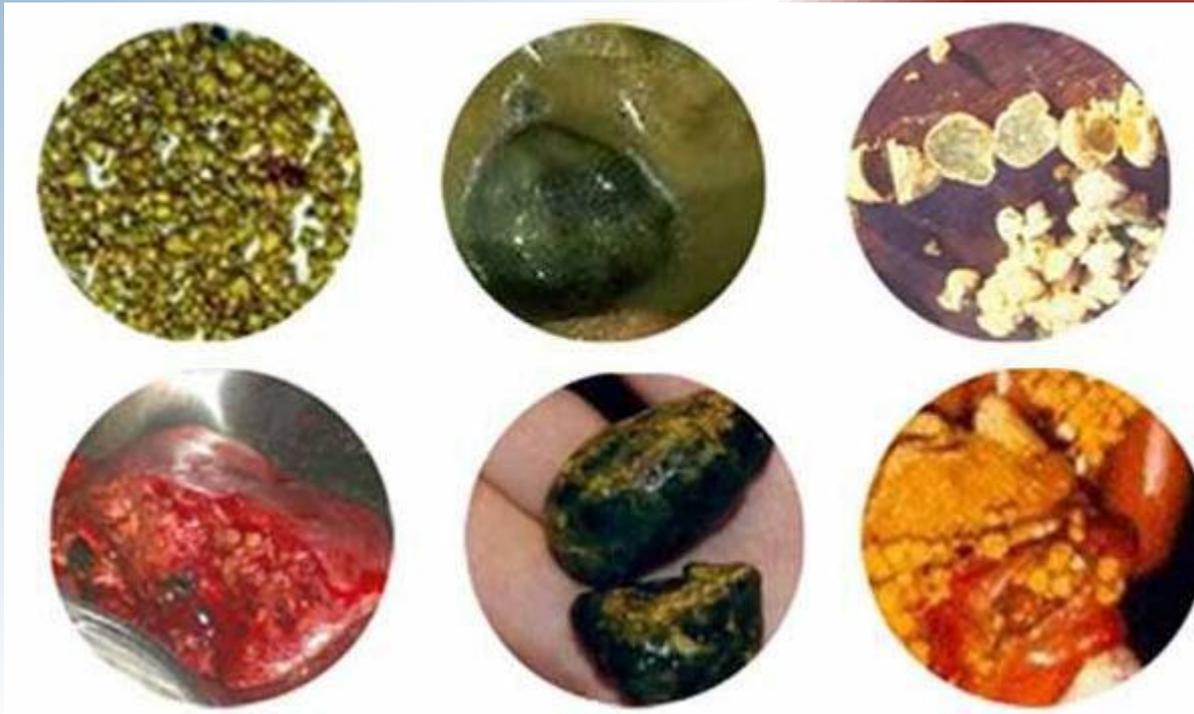
Различают :

- холестериновые (до 80-90% от всех желчных камней),
- пигментные
- смешанные камни.

Формированию холестериновых камней способствует перенасыщение желчи холестерином, выпадение его в осадок, формирование холестериновых кристаллов. При нарушенной моторике желчного пузыря, кристаллы не выводятся в кишечник, а остаются и начинают расти.

Пигментные (билирубиновые) камни появляются в результате усиленного распада эритроцитов при гемолитической анемии.

Смешанные камни являются комбинацией обеих форм. Содержат кальций, билирубин, холестерин. Возникают в основном при воспалительных заболеваниях желчного пузыря и желчных путей.



Причины желчнокаменной болезни

- Воспаление желчевыводящих путей (холециститы, холангиты).
- Эндокринные нарушения сахарный диабет; гипотиреоз; нарушение обмена эстрогенов при различных гинекологических заболеваниях, прием противозачаточных гормональных средств, беременность.
- Гиперхолестеринемия, повышении уровня холестерина в желчи:
 - атеросклероз;
 - подагра;
 - ожирение.
- Гипербилирубинемия (при гемолитической анемии).
- Наследственная предрасположенность.
- Голодание, нерегулярное питание.
- Избыточное употребление богатой животными жирами, холестерином пищи.

Симптомы желчнокаменной болезни

Длительное время заболевание может протекать бессимптомно и стать находкой при ультразвуковом исследовании. Симптомы появляются при миграции камней, присоединении инфекции в желчном пузыре и протоках. При выходе камней из желчного пузыря и продвижении их по желчным протокам возникает приступ желчной колики.

I этап сестринского процесса

Жалобы пациента на боль в верхней половине живота, в области правого подреберья. Боль внезапная, резкая, отдает в правую лопатку, правое плечо. **Возможно развитие болевого шока.** Часто боль при желчнокаменной болезни сопровождается тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, сухостью во рту. Беспокоит кожный зуд. Возможно появление желтушности склер и кожных покровов, потемнение мочи и обесцвечивание кала. Провоцируют приступ погрешности в питании, особенно злоупотребление жирной пищей, вибрация, стрессовые ситуации, тряская езда.

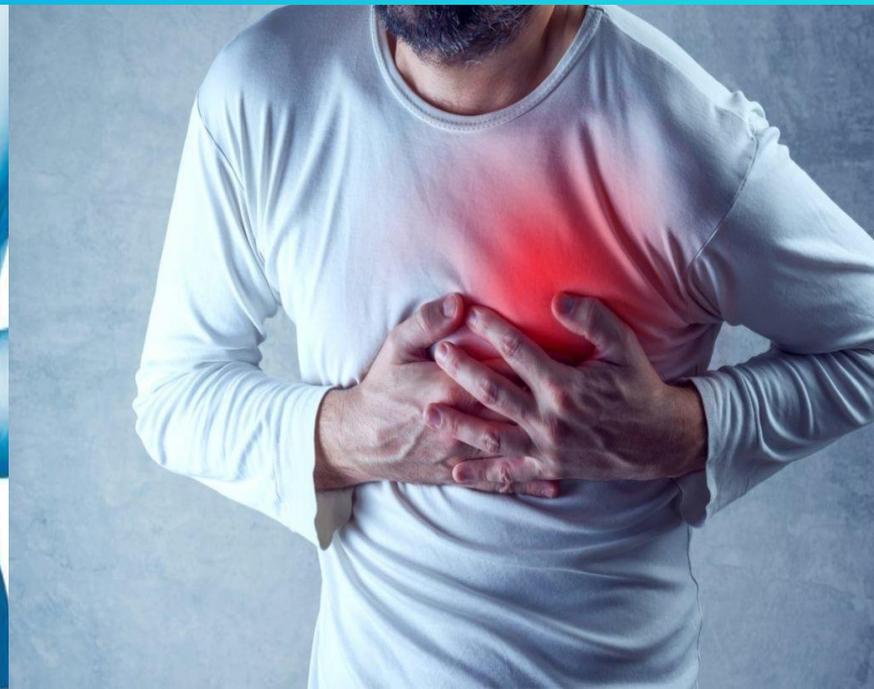
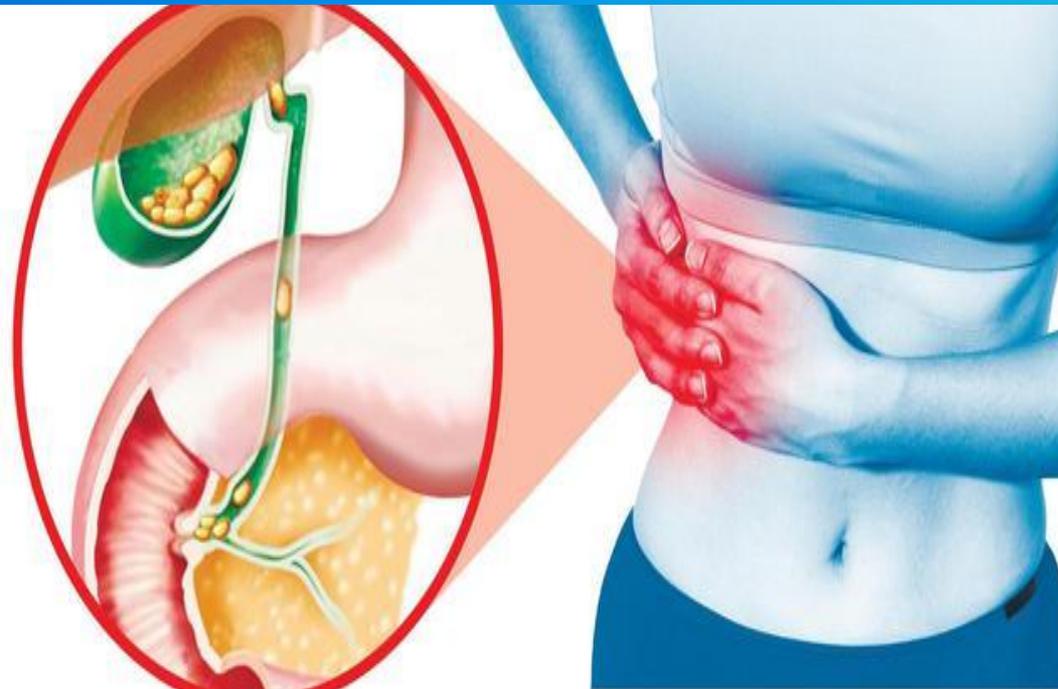


Длительность болевого приступа от нескольких минут до нескольких часов, боль стихает самостоятельно или после обезболивания.

Симптомы желчной колики не всегда имеют классический вариант проявления, они часто могут напоминать другие заболевания: правостороннюю пневмонию, острый аппендицит, особенно при нетипичном его положении, абсцесс печени, почечную колику, острый панкреатит.

Может проявляться холецистокардиальным синдромом, когда боли в сердце являются единственным симптомом желчнокаменной болезни.

При объективном обследовании – обложенный язык, болезненность при пальпации в правом подреберье. Положительные симптомы Керра, Лепене, Грекова – Ортнера, Мюсси – Георгиевского

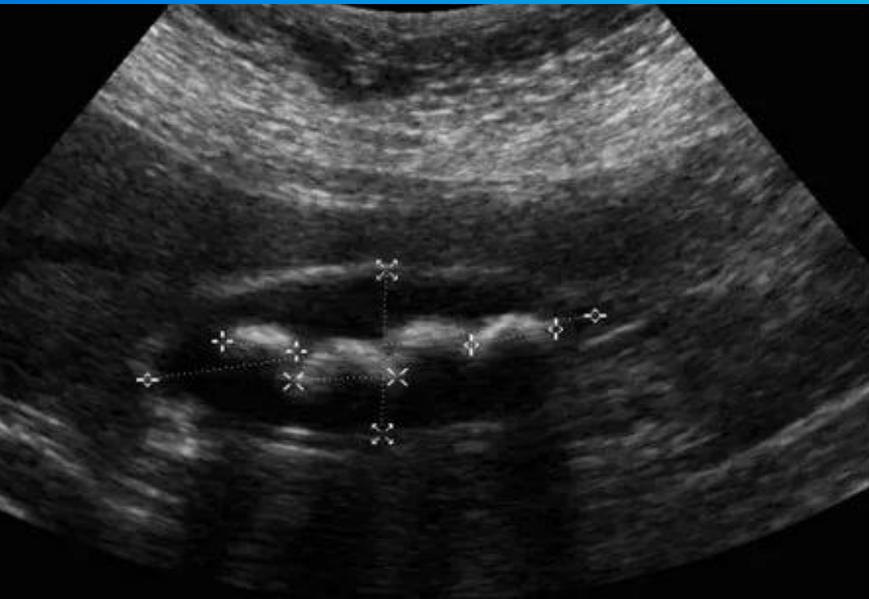


Приоритетной проблемой пациента является боль в правом подреберье.

Краткосрочные цели - купирование болевого приступа, долгосрочные цели – отсутствие приступов к моменту выписки

Диагностика желчнокаменной болезни

1. УЗИ органов брюшной полости выявляет наличие камней в желчном пузыре, утолщение стенок желчного пузыря, его деформацию, расширение желчных протоков. Основными его преимуществами являются неинвазивность (нетравматичность), безопасность, доступность и возможность многократного проведения.
2. Рентгенологическое исследование брюшной полости – для выявления рентгенпозитивных карбонатных камней. Холеграфия, холецистография.



3. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (при подозрение на наличие камней в желчных протоках).
4. В спорных случаях применяют магнитно-резонансную холангиографию, она позволяет точно оценить состояние желчевыводящих путей благодаря двух- и трехмерным изображениям; компьютерную томографию.

Лабораторные исследования

1. Общий билирубин и его фракции, трансаминазы. Исследуют для оценки функционального состояния печени.
 2. Липидограмма. Определяют уровень холестерина, триглицеридов. При их повышении необходимо проводить терапию направленную на снижение этих показателей, для профилактики камнеобразования.
- Обязателен осмотр хирурга – для выбора тактики лечения.

Лечение желчнокаменной болезни

При желчнокаменной болезни используют оперативное и консервативное лечение.

Медикаментозное лечение желчнокаменной болезни

Консервативный метод применяют при наличии холестериновых желчных камней (рентггенегативных) размером до 15 мм при сохраненной сократительной способности желчного пузыря и проходимости пузырного протока.

- Противопоказания для медикаментозного растворения желчных камней:
- острые воспалительные заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей;
- камни диаметром более 2 см;
- болезни печени, сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит;
- воспалительные заболевания тонкого и толстого кишечника;
- ожирение;
- беременность;
- «отключенный» - нефункционирующий желчный пузырь;
- пигментные или карбонатные камни;
- рак желчного пузыря;
- множественные конкременты, что занимают больше 50% объема желчного пузыря.

Применяют препараты урсодезоксихолевой кислоты, действие которых направлено на растворение только холестериновых камней, препарат принимают в течение 6 – 24 месяцев. Но вероятность рецидива после растворения камней составляет 50%.

Ударно-волновая холелитотрипсия – лечение путем дробления крупных конкрементов на мелкие фрагменты с помощью ударных волн, с последующим приемом препаратов желчных кислот (урсодезоксихолевой кислоты). Вероятность рецидива составляет 30%.

Желчнокаменная болезнь длительное время может протекать бессимптомно, что создает определенные трудности ее выявления на ранних стадиях. Это является причиной поздней диагностики, на стадии уже сформировавшихся желчных камней, когда применение консервативных методов лечения ограничено, а единственным методом лечения остается хирургический.

Хирургическое лечение желчнокаменной болезни

Больные должны подвергаться плановой операции до первого приступа желчной колики или сразу после нее. Это связано с тем, что велик риск развития осложнений. После оперативного лечения необходимо соблюдать индивидуальный диетический режим (частое, дробное питание с ограничением или исключением индивидуально непереносимых продуктов, жирной, жареной пищи), соблюдение режима труда и отдыха, занятия физкультурой. Исключить употребление алкоголя. Возможно санаторно-курортное лечение после операции, при условии стойкой ремиссии.

Осложнения желчнокаменной болезни

Водянка желчного пузыря

Водянка желчного пузыря возникает при длительной закупорке пузырного протока и отсутствии инфекции. Желчь из пузыря всасывается, но слизистая продолжает продуцировать слизь. Происходит увеличение размеров пузыря. Проявляется приступами желчной колики, в последующем боль стихает, остается тяжесть в правом подреберье.



Острый холецистит, эмпиема, холангит, которые в свою очередь могут быть причиной перитонита, развиваются при присоединении инфекции. Основными симптомами являются резкие, интенсивные боли в правом подреберье, озноб, лихорадка, резкая слабость, нарушение сознания.

Холедохолитиаз (камни в общем желчном протоке) с развитием механической желтухи - появляется кожный зуд, желтушность склер и кожи, обесцвеченный кал, потемнение мочи



На фоне длительной желчнокаменной болезни нередко возникает рак желчного пузыря, развивается острый и хронический панкреатит. При длительной закупорки внутрипеченочных желчных протоков развивается вторичный билиарный цирроз печени. Крупные камни желчного пузыря практически не мигрируют, однако они могут привести к образованию свища между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой. В результате выпадения камня из пузыря он начинает мигрировать и может привести к развитию кишечной непроходимости.

Осложнения представляют собой угрозу для жизни больного и требуют немедленного осмотра хирурга и госпитализации в хирургический стационар.

Профилактика желчнокаменной болезни

Даже после успешно проведенной операции в 10% случаях встречаются рецидивы. Для предотвращения развития новых конкрементов необходимо изменение образа жизни.

Занятия в спортивном зале, активный отдых, способствуют оттоку желчи, ликвидируют ее застой. Необходимо постепенно нормализовать массу тела, это уменьшит гиперсекрецию холестерина. Пациенты, которые вынуждены длительно принимать эстрогены, клофибрат, цефтриаксон, октреотид должны проходить ультразвуковое исследование, для своевременного выявления изменений со стороны желчного пузыря. При повышении уровня холестерина в крови, рекомендуют прием статинов.



Диета при желчнокаменной болезни

Ограничить или исключить из рациона жирные, высококалорийные, богатые холестерином блюда, особенно при наследственной предрасположенности к желчнокаменной болезни. Питание должно быть частое (4-6 раз в сутки), небольшими порциями, что способствует уменьшению застоя желчи в желчном пузыре. В пище должна содержаться достаточное количество пищевой клетчаткой, за счет овощей и фруктов. Можно добавлять пищевые отруби (по 15г 2-3 раза в день). Это уменьшает литогенность (склонность к камнеобразованию) желчи.

Можно	Допустимо	Нельзя
Вчерашний, подсушенный хлеб	Пирожки из простого теста с яблочной, творожной и рыбной начинкой	Свежий хлеб, торты, пирожное, оладьи, блины
Овощные супы	Нежирная говядина или птица	Круто сваренные бульоны из мясных, рыбных продуктов и грибов
Орехи и семечки в умеренных количествах	Мясо кролика (ограниченно и в вареном виде)	Полуфабрикаты
Судак, Хек, Щука	Мед и медовые продукты	Детские, диетические сосисочные изделия (сардельки, колбасы)
Яйца всмятку, омлет	Нежирный творог, сметана (с жирностью 0%)	Чищенные магазинные орехи
Молочные каши	Неострые твердые сыры с жирностью до 30% (Российский, Голландский)	Семга, Белуга, Сом
Пертушка, укроп, ванилин Корица, гвоздика, лавр	Пудинг	Яйца вкрутую, яичница
Гречка, овсянка		Высокожирные молочные продукты
Крупяные запеканки		Консервированная еда
Макароны		Копчености
		Овощные маринованные продукты
		Редис, чеснок, щавель, Шпинат, перец (молотый и горошек), хрен
		Горчичные и майонезные продукты, кетчуп Имбирь

3. Неотложная помощь при печеночной колике

Первое действие - вызов врача или бригады скорой медицинской помощи. Больного следует уложить на правый бок. **Необходимо соблюдать постельный режим** с ограничением резких движений, так как активность может привести к усилению болевых ощущений. **Рекомендуемые некоторыми источниками наложение тепла или холода** на область правого подреберья не следует применять до осмотра врача и установления диагноза. **Нельзя давать больному еду или питьё** – любое поступление пищи в желудочно-кишечный тракт может спровоцировать выброс желчи и, как следствие, ухудшение состояния.

В идеале, до врачебного осмотра лучше не применять никаких медикаментозных средств, особенно в случае первого подобного эпизода в жизни больного. Действие лекарств может затруднить диагностику. **Но в некоторых случаях** (пожилой возраст, сопутствующие заболевания, выраженность симптомов колики) можно сделать инъекцию спазмолитического препарата (Но-шпа, Баралгин, Спазмалгон и т. д.). В таблетированном виде эти препараты в неотложной помощи не используются.

Если в домашней аптечке не нашлось спазмолитиков, можно применить нитроглицерин – ½ или 1 таблетку по 0,5 мг под язык.

Неотложная помощь при печеночной колике

Медикаментозное лечение заключается в применении спазмолитических препаратов (платифиллин 0,2% по 2 мл в/м; атропина сульфат 0,1% по 1 мл в/м; но-шпа или дротаверин 2% по 2–4 мл в/м, в/в капельно; папаверин 2% по 2 мл в/м, в/в в капельнице). При выраженном болевом синдроме рекомендовано сочетать спазмолитики с анальгетиками (баралгин 5 мл в/м, в/в; анальгин 50% по 2 мл в/м; кеторолак по 1 мл в/м, вплоть до наркотических анальгетиков –промедол, трамадол) и противорвотными препаратами (церукал). Морфин при печеночной колике противопоказан, т. к. он усиливает спазм сфинктера Одди.

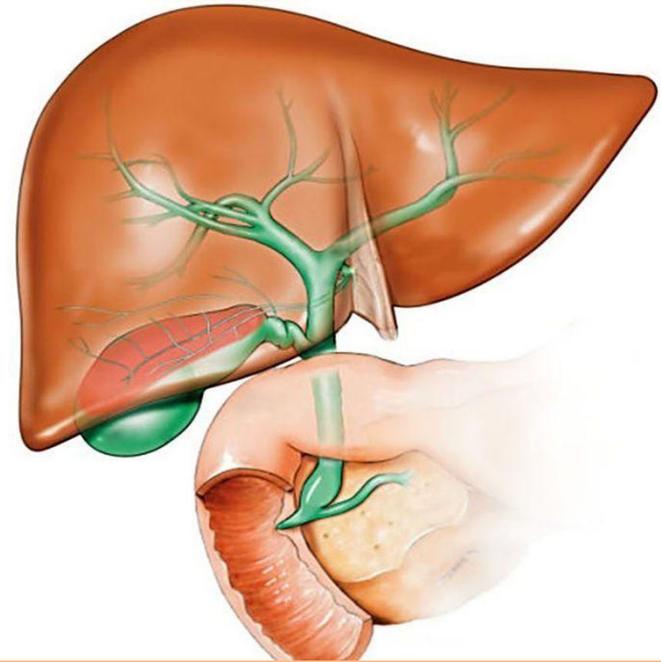
Если приступ удалось купировать, необходимо в ближайшие дни направить больного на приём к терапевту для обследования и получения рекомендаций по диете и лечению. При продолжении приступа более 5 часов решается вопрос об экстренной госпитализации в хирургическое отделение.

4. Дискинезия желчного пузыря – краткие сведения

Дискинезия. – нарушение моторики желчного пузыря. Она может быть связана с органическими или функциональными причинами.

Классификация

- Гипотонично-гипокинетическая дискинезия (гипомоторная).
- Гипертонично-гиперкинетическая дискинезия (гипермоторная).
- Смешанная



Причины дискинезии желчевыводящих путей

Дискинезия желчевыводящих путей бывает первичная и вторичная. Первичная связана с неврозами, вегето-сосудистой дистонией, нейро-эндокринной патологией (заболевания щитовидной железы, нарушения функции половых желез в пубертатный или климактерический периоды, диэнцефальный синдром). Вторичные дискинезии возникают на фоне хронических заболеваний органов пищеварения

Симптомы дискинезии желчевыводящих путей

Гипертонично-гиперкинетическая дискинезия чаще наблюдается у людей молодого возраста проявляется болью в правом подреберье с типичной иррадиацией. Она возникает внезапно, повторяется несколько раз в сутки, ее могут провоцировать погрешности в диете, психоэмоциональное перенапряжение. Картина напоминает приступ желчной колики.

Гипотонично-гипокинетическая дискинезия (гипомоторная) чаще наблюдается у людей, ведущих малоподвижный образ жизни, имеющих избыточную массу тела. Пациенты отмечают боли ноющего характера в правом подреберье без четкой иррадиации, горечь во рту, тошноту, иногда рвоту, нарушения стула.

Кроме этого, зачастую проявляются симптомы невроза, депрессии - появляется слабость, раздражительность, нарушение сна, утомляемость, смена настроения и потливость.

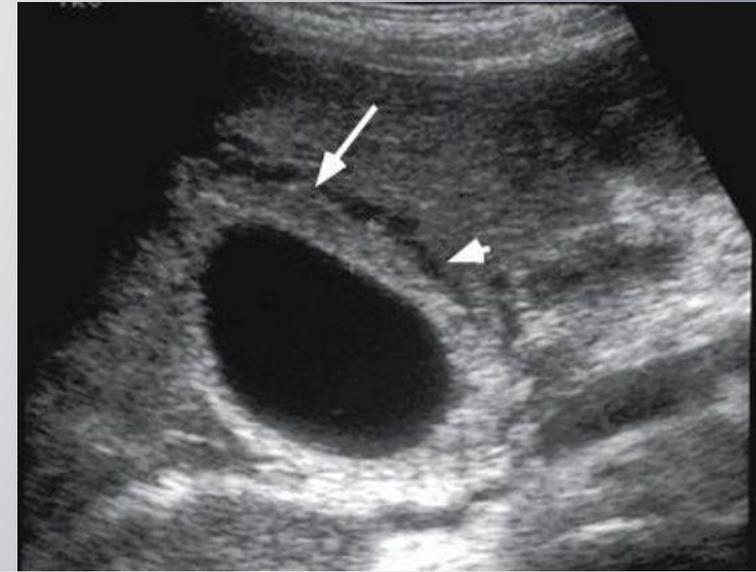


Диагностика дискинезии желчевыводящих путей

При первичной дискинезии желчевыводящих путей изменений в показателях лабораторных исследований обычно нет. При вторичной – изменения обусловлены характером патологического процесса, при которых возникла дискинезия желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Среди инструментальных методов обследования наибольшее распространение получили:

1. УЗИ позволяет выявить врожденные anomalies развития органов билиарной системы, камни, косвенные признаки воспаления желчного пузыря. В сочетании с функциональными пробами («желчегонный завтрак») можно оценить его сократительную способность.
2. Рентгенологические методы – холецистография и холангиография с контрастированием. В настоящее время применяется редко в связи с широким распространением УЗИ и других методов диагностики.
3. Ретроградная эндоскопическая холангиография
4. ФЭГДС – позволяет оценить состояние фатерова соска, произвести дренирование холедоха.
5. Фракционное дуоденальное зондирование производится для забора образцов желчи для исследования на присутствие паразитов или бактерий и для оценки тонуса и степени функционирования желчного пузыря и протоков.



Лечение дискинезии желчевыводящих путей

Лечение должно быть комплексным и направленным на устранение всех возможных причин дисфункции желчного пузыря и желчевыводящих путей. Основным условием является коррекция образа жизни и питания. Иногда только это позволяет вылечить заболевание. При обострении заболевания должна соблюдаться диета №5 по Певзнеру. Режим питания основывается на применении принципа дробного питания: пища употребляется часто и небольшими порциями, что позволяет осуществлять регулирование выброса желчи и не допускать ее застоя. **Следует исключить переедание и стараться принимать еду по возможности в одно и то же время.** При гипотонично-гипокинетической дискинезии в рацион вводят яичные желтки, сливочное, растительное масло, сметану.

Несоблюдение диеты может спровоцировать усугубление симптомов дискинезии желчевыводящих путей и развитие осложнений - холецистита, желчнокаменной болезни, холангита и т. д.

Медикаментозное лечение

При гипотоническом типе дискинезии применяют холекинетики (стимулируют выделение желчи – сорбит, ксилит, холосас, облепиховое масло) и препараты, обладающие комбинированным действием (это холестил, ровахол, циквалон). Назначаются препараты, тонизирующие вегетативную нервную систему настойки элеутерококка, жень-шеня, пантокрин, крепкий чай, кофе. В период ремиссии может использоваться беззондовый тюбаж.

При гипертоническом типе дискинезии желчевыводящих путей применяют холеретики (аллохол, холензим, фламин, кукурузные рыльца и др.) и спазмолитики. Назначаются седативные препараты. Хороший эффект может быть получен от физиотерапевтических процедур – электросон, йодно-бромные, хвойные ванны, гальванический воротник по Щербачу, парафиновые, озокеритовые, грязевые аппликации на правое подреберье. Санаторно-курортное лечение должно проводиться вне обострения. Рекомендованы профильные санатории.

При вторичной дискинезии необходимо лечить основное заболевание. Очень **рекомендован** прием лечебных минеральных вод. Подбор их также должен учитывать тип дискинезии. Например, при гиперкинезии употребляется вода с низким содержанием минералов — Славяновская, Нарзан, Ессентуки 2 или 4, а при гипокинезии — с высокой минерализацией (Арзани, Ессентуки 17).

😊 Спасибо за внимание! ❤️

