**Тема: "Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (хронический панкреатит, заболевания ЖВП)".**

**Хронический панкреатит** - хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание железистой ткани поджелудочной железы.

**Причины:**

1. Наиболее частыми причинами панкреатита являются [желчекаменная болезнь](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%87%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C" \o "Желчекаменная болезнь) и употребление [алкоголя](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D0%B8%D0%B7%D0%B4%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D1%8F) в сочетании с обильным приемом пищи.
2. Также причинами панкреатита могут быть отравления, травмы, вирусные заболевания, операции и эндоскопические манипуляции.
3. Также очень частой причиной панкреатита являются различные психогенные воздействия: [стрессы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81), различные психотравмы, нервное перенапряжение, которые вызывают спастическое состояние сосудов, а также мышц на выходе желчных и [панкреатических](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA_%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D1%8B) протоков.
4. На сегодняшний день одним из наиболее важных факторов развития хронического панкреатита является курение. Установлено, что степень риска повышается на 75 % по сравнению с некурящими.

**Способствующие факторы:**

1. Неполноценное питание (дефицит белка в диете).
2. Наследственная предрасположенность.
3. Обменные и гормональные нарушения (снижение функции щитовидной железы, нарушение обмена липидов.
4. Нарушение кровообращения в системе мезентериальных сосудов.

Все перечисленные факторы приводят (причинные, предрасполагающие) приводят к активации собственных протеолитических и липолитических ферментов, обуславливающих самопереваривание ткани поджелудочной железы. Клетки железы гибнут, на их месте развивается соединительная ткань, проходимость внутрижелезитых протоков нарушается , что способствует нарушению выделения панкреатического секрета. в поздней стадии патологического процесса железа уменьшается в объеме и, приобретает хрящевую плотность.

**Основными симптомами хронического панкреатита являются:**

1. Боль в эпигастральной области и животе, которая локализуется слева от пупка, в левом подреберье. Боли обычно длительные, отдают в спину, левую лопатку, возникают после употребления в пищу острых, жареных и жирных блюд, алкоголя.
2. Жалобы диспепсического характера:

* снижение аппетита;
* тошнота;
* рвота;
* чувство тяжести в подложечной области после еды.

1. Метеоризм.
2. Желтуха.
3. Снижение массы тела.
4. Нарушается стул, появляется склонность к поносам.
5. Быстрая утомляемость, снижение работоспособности.
6. Нарушение сна.
7. Сухость кожи.
8. "Заеды" в углах рта.
9. Ломкость волос и ногтей.
10. Во время обострения болезни при пальпации области проекции поджелудочной железы выявляется болезненность; болезненность отмечается также и в левом подреберье. Обострение болезни может сопровождаться незначительным увеличением печени вследствие развития реактивного гепатита.
11. В крови во время обострения обнаруживается повышенное содержание ферментов (амилазы, липазы,трипсина), в моче - повышение содержания амилазы.

**Лечение:**

1. Для подавления активности ферментов назначают различные ингибиторы трипсина (трасикол, контрикал, гордокс).
2. Для уменьшения секреции поджелудочной железы показан холод на область надчревья, внутрь - щелочи (альмагель, карбонат кальция). Подобное действие оказывают антибиотики широкого спектра действия.
3. Возникающеев период обострения повышение внутритокового давления (проявляется болями) снижают введением спазмолитических средств (папаверин, но-шпа внутрь или парентерально) или платифиллина (парентерально); хороший эффект оказывает церукал.
4. При ликвидации обострения , в случае выявления нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы, прибегают к заместительной терапии (препараты, содержащие пищеварительные ферменты: фестал, дигестал, панзинорм).

**Правила ухода за больным хроническим панкреатитом**

1. В период выраженного обострения показана госпитализация больного в специализированное отделение стационара.
2. При слабо выраженном обострении лечение можно проводить амбулаторно.
3. Назначается дробное частое (до 5-6 раз) питание с повышенным содержанием белков (диета № 5) и сниженным содержанием жиров и углеводов.
4. Необходимо ограничить пищу, содержащую грубую клетчатку, эфирные масла, специи, крепкие бульоны, жареную пищу.
5. Рекомендуется пища, приготовленная на пару, запеченная, протертая.
6. Исключается горячая и очень холодная пища. З
7. апрещаются консервы, сдобные мучные и кондитерские изделия, ржаной хлеб, крепкий чай и кофе, шоколад, какао, копчености.
8. Калорийность пищи - 2500-2600 ккал в сутки.
9. Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов (антипротеолитических, спазмолитиков, анальгетиков, ферментных препаратов, анаболиков, антибиотиков).
10. Избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться.
11. Ограничение физической нагрузки в период обострения болезни.
12. Создание условий для глубокого и полноценного сна.
13. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.
14. Полный отказ от алкоголя.
15. Занятия физкультурой для укрепления брюшных мышц, самомассаж живота.
16. Показано санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии.

**Профилактика**

* Для профилактики больному рекомендуется соблюдение рационального питания, здорового образа жизни, своевременное лечение заболеваний пищеварительной системы, в т.ч. острого панкреатита.
* Необходимо избегать злоупотребления спиртными напитками.

**Хронический холецистит** - хроническое воспаление желчного пузыря, характеризующееся рецидивирующей подострой симптоматикой, чаще всего обусловленной наличием в его просвете камней.

**Этиология**: инфекция - часто это условно - патогенная флора: кишечная палочка, стрептококк, стафилококк, брюшно-тифозная палочка, простейшие (лямблии).

**Хронический безкаменный холецистит** (ХБХ) – это хроническое воспалительное заболевание желчного пузыря, проявляющееся нарушением его моторной и концентрационной функций.

**Клинически** проявляется тошнотой, болями в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, правое надплечье через 30-90 минут после еды, субфебрилитетом, познабливанием, правосторонней мигренью.

Длительная болезненность в классических желчных точках, глубокая пальпация в области желчного пузыря вызывают тошноту.

По характеру течения ХБХ бывает часто или редко рецидивирующим; по фазе – в обострении или ремиссии.

**Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)** – обменное заболевание, характеризующееся нарушением коллоидного состояния желчи и образования конгломератов (камней) холестерина или солей билирубина.

**Предрасполагают** различные обменные заболевания (сахарный диабет, ожирение, атеросклероз), а также вирусный гепатит, воспалительные заболевания желчевыводящих путей.

Имеет значение наследственная предрасположенность. По данным института скорой помощи частота обнаружения камней при хроническом холецистите составляет 99%, но только 15% попадают на операционный стол, остальные 85% лечат терапевты.

Каждый десятый мужчина и каждая четвертая женщина страдают хроническим холециститом (желчнокаменной болезнью). Чаще болеют женщины до 4О лет, много рожавшие, страдающие полнотой и метеоризмом. После 5О лет частота заболеваемости мужчин и женщин становится практически одинаковой. Чаще болеют люди, работа которых связана с психоэмоциональными нагрузками и малоподвижным образом жизни.

**Гуморальный механизм:** в двенадцатиперстной кишке вырабатываются 2 гормона - холецистокинин и секретин, которые действуют подобно вагусу и тем самым обладают регулирующим действием на желчный пузырь и пути. Нарушение этого механизма бывает при вегетоневрозе, воспалительных заболеваниях ЖКТ, нарушении ритма питания и др.

**Дисхолия** – нарушение физико-химических свойств желчи. Концентрация желчи в пузыре в 1О раз больше, чем в печени. Нормальная желчь состоит из билирубина, холестерина (нерастворим в воде, поэтому, чтобы удержать его в растворенном состоянии в виде коллоида, необходимо присутствие холатов), фосфолипидов, желчных кислот, пигментов и т.д.

В норме желчные кислоты и их соли (холаты) относятся к холестерину как 7:1, если количество холестерина увеличивается, например до 1О:1. то он выпадает в осадок, тем самым способствуя образованию камней. Дисхолии способствует высокое содержание холестерина.

Наблюдается при: сахарном диабете, ожирении, семейной гиперхолестеринемии, гипербилирубемиии (при гемолитических анемиях т.д.), увеличении количества жирных, желчных кислот. Вместе с тем большое значение имеет инфицирование желчи.

На практике чаще всего комбинируются вышеуказанные факторы.

Повреждающее действие литохолевой кислоты, связано с изменением рН, выпадением солей кальция и др. Желчные камни - 90-95% случаев. Если камни мигрируют по путям оттока жёлчи, они могут вызвать обструкцию пузырного протока, что приводит к острому холециститу; обструкции общего желчного протока (желтуха). Застой пузырной желчи (у беременных женщин и у пациентов при полном парентеральном питании).

**Клиническая картина и классификация**

**Латентная форма.** Следует рассматривать как период течения желчнокаменной болезни. Может длиться неопределённо долго.

**Диспепсическая хроническая форма:**

* Чувство тяжести в эпигастральной области
* Изжога
* Метеоризм
* Неустойчивый стул

Симптоматику провоцирует употребление жирных, жареных, острых блюд, слишком больших порций пищи.

**Болевая хроническая форма:**

* Боли в эпигастральной области и проекции желчного пузыря ноющего характера, иррадиирущие в область правой лопатки
* Слабость, недомогание, раздражительность.

**Желчная колика и хроническая рецидивирующая форма**

**Правило пяти F**   
В медицине существует так называемое правило пяти F, которое позволяет определить наиболее уязвимый для ЖКБ контингент. Оно гласит, что чаще всего ЖКБ болеют:

1. fat – страдающие ожирением;

2. female – женщины;

3. fair – светловолосые;

4. fertility – многократно рожавшие;

5. forty – после сорока лет.

**Желчнокаменная болезнь** - заболевание, при котором в желчном пузыре и желчных протоках из холестерина, пигментов и известковых солей образуются камни, которые вызывают боль в правом подреберье, горечь во рту, изжогу, жидкий стул, закупорку желчных протоков и инфекционно-воспалительный процесс.

По химическому составу различают камни холестериновые, пигментные, известковые, сложные холестерино-пигментно-известковые.

**Способствуют камнеобразованию**

· наследственность;

· пожилой возраст больных;

· особенности обменных процессов в организме;

· ожирение;

· высококалорийная рафинированная пища, богатая белком и жирами;

· сидячий образ жизни;

· застой желчи;

· инфекция желчного пузыря и желчных путей.

Течение болезни складывается из приступа и межприступного периода. Приступ желчнокаменной болезни - печеночная колика - развивается при внезапном возникновении препятствия на пути оттока желчи из печени в желчный пузырь.

Желчнокаменная болезнь у женщин встречается чаще, чем у мужчин.

Спровоцировать приступ ЖКБ могут:

· резкие физические движения;

· отрицательные эмоции;

· работа в наклонном положении;

· употребление жирной и острой пищи;

· обильное употребление жидкости.

**Основной симптом приступа печеночной колики** - сильная боль, которая локализуется в правом подреберье и может распространяться в область спины и правой лопатки, плечо, шею, челюсть, лобную область, правый глаз. Боль бывает такой интенсивности, что возможна потеря сознания. Больной мечется в поисках облегчающего положения. Кожа становится бледной, покрывается холодным липким потом, отмечается сильный озноб, тахикардия, кожный зуд. Если камень попадает в общий желчный проток и закупоривает его, то развивается механическая желтуха, кал становится светлым (лишенным желчных пигментов), моча темнеет вследствие наличия в ней желчных пигментов. Иногда возникает рефлекторная тошнота, рвота желчью, быстрое повышение температуры тела.

Приступ может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов, у некоторых больных до 2-х суток.

Положительные симптомы де Мюсси-Георгиевского, Ортнера, Боаса, Мерфи.

Болевая точка Боаса - болезненная точка, выявляемая при глубокой пальпации, расположенная на 8,5 см вправо от остистого отростка XII грудного позвонка.

Симптом Мерфи - непроизвольная задержка дыхания на вдохе при давлении на область правого подреберья.

Симптом Ортнера - болезненность при поколачивании по краю правой рёберной дуги.

Продолжительность приступа от нескольких минут до суток и более. После прекращения приступа симптомы заболевания быстро идут на убыль.

**Лабораторные исследования:**

ОАК – лейкоцитоз с нейтрофилёзом, ↑СОЭ.

ОАМ – положительная реакция на билирубин.

БАК – повышение концентрации билирубина, трансаминаз, ЩФ, альфа- и гамма-глобулинов, серомукоида, сиаловых кислот, фибрина.

**Исследование пузырной желчи:**

При **калькулёзном холецистите** - повышение относительной плотности желчи, микролиты, песок, уменьшение концентрации холевой и увеличение литохолевой желчной кислот, снижение липидного комплекса, большое количество кристаллов холестерина, билирубината кальция, лейкоцитов, цилиндрического и плоского эпителия.

При **некалькулёзном холецистите** - кислая реакция, снижение относительной плотности жёлчи, хлопья слизи, большое количество лейкоцитов, цилиндрического и плоского эпителия, кристаллов жирных кислот, повышение содержания сиаловых кислот и аминотрансфераз, снижение концентрации липидного комплекса, билирубина, холевой кислоты.

**Рентгенологическое исследование:**

Холангиография

Пероральная холецистография

УЗИ - утолщение стенки жёлчного пузыря

КТ (Для выявления жёлчных камней и диагностики острого холецистита не имеет преимуществ перед УЗИ)

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография для оценки состояния желчных и панкреатических протоков

Чрескожная чреспечёночная холангиография - оценка состояния внутрипечёночной билиарной системы.

Лапароскопия.

**Режим.** Амбулаторный для пациентов с невыраженной симптоматикой. Стационарный для пациентов с желчной коликой.

**Диета.** Малокалорийная пища, содержащая большое .количество растительной клетчатки, витамина С, уменьшенное количество белков и жиров, преимущественно растительного происхождения. Кратность приёма пищи - 5-6 раз в сутки небольшими порциями.

Диета № 5.Назначается при хронических заболеваниях печени и желчевыводящих путей: холецистит, гепатит, цирроз печени, болезнь Боткина в стадии выздоровления.

Цель диеты заключается в восстановлении нарушенной функции печени и желчного пузыря.

Из рациона исключают продукты, богатые холестерином, ограничивают жиры и немного увеличивают количество углеводов. Продукты не жарят, а отваривают или запекают. Запрещают грибы, шпинат, щавель, пряности, какао, шоколад. **В меню диеты № 5 разрешается включать следующие продукты и блюда:**

Напитки – чай, чай с лимоном, кофе натуральный и суррогатный.

Хлебные изделия – пшеничный и ржаной хлеб вчерашней выпечки, не сдобное печенье и мучные изделия, овсяное печенье.

Закуски – сыр неострый, малосоленая нежирная ветчина, вымоченная сельдь высших сортов, тресковая печень.

Молоко и молочные продукты – молоко цельное, сухое, сгущенное, сливки, свежая сметана (в умеренном количестве), свежие простокваша и кефир; творог и творожные блюда (преимущественно из обезжиренного творога) в отварном и запеченном виде.

Жиры – сливочное, оливковое, рафинированное подсолнечное масло (в умеренном количестве – около 50 г в день, из них 25 г растительного масла).

Яйца и яичные блюда – яичные желтки (не более 1 желтка в день); паровой омлет.

Супы – борщи, свекольники, щи из свежей капусты, супы из сборных овощей, супы крупяные с овощами на овощном бульоне с растительным маслом без поджаривания, фруктовые и молочные супы.

Мясо, рыба – изделия из нежирной говядины, нежирной птицы, рыбы (в отварном или запеченном виде). Лучше пользоваться мясом зрелых животных и птиц, избегать телятины и цыплят. Мясо отваривают в течение 5 минут в кипящей воде куском весом 100 г, а затем его нужно запечь или приготовить под соусом.

Крупы, макаронные изделия – рассыпчатые и полувязкие каши, пудинги, запеканки из круп, макаронные изделия отварные и в виде запеканки; особенно полезны блюда из овсянки, "Геркулеса" и гречневой крупы с молоком, творогом.

Овощи, зелень – разные блюда из овощей и зелени (кроме ревеня, щавеля и шпината) в сыром, варенном и запеченном виде; особенно рекомендуются морковь и тыква.

Фрукты, ягоды, сладкие блюда – фрукты и ягоды (кроме очень кислых, как, например, клюква, красная смородина, лимон и др.) в сыром, варенном и запеченном видах; компоты, кисели, желе, сахар, варенье; особенно рекомендуется мед (в умеренном количестве).

Соусы, пряности – сметанные и молочные соусы, сладкие подливы, овощные соусы, приготовленные без поджаривания муки и кореньев, сливочное масло, тмин, укроп, корица, ванилин.

Витамины – отвары из плодов шиповника, различных некислых ягодных и фруктовых соков, свежих сырых ягод и фруктов; пюре из сырой моркови; овощные и фруктовые некислые соки.

Солить пищу можно нормально. Принимать пищу 5-6 раз в день. Рекомендуется прием около 2 л жидкости в теплом виде (включая первые и третьи блюда, фрукты и пр.).

Запрещается употреблять очень холодные и очень горячие блюда.

**Лекарственная терапия**

Холелитолитические средства перорально (эффективны при рентгенонегативных [холестериновых] камнях):

Урсодезоксихолевая кислота (урзофалк) -8-10 мг/кг/сут в 2-3 приёма внутрь в течение длительного времени (до 2 лет).

Хенодезоксихолевая кислота (хенофалк) - по 250 мг 2 р/сут в течение 2 нед, затем увеличение дозы на 250мг/сут до 13-15 мг/кг/сут (или до появления побочных эффектов), принимают до 1 года и более.

**Антибиотики:**

* Ампициллин 4-6 г/сут
* Цефазолин 2-4 г/сут
* Гентамицин 3-5 мг/кг/сут
* Клиндамицин 1,8-2,7 г/сут.

**Хирургическое лечение:**

* Ретроградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия
* Лапароскопические операции
* Холецистостомия
* Холецистэктомия
* Открытые операции
* Холецистостомия
* Холецистэктомия: от шейки, от дна.

**Дискинезия –** спастическое сокращение желчного пузыря и в виде его атонии с застоем желчи.

Вначале могут быть изменения чисто функционального характера.

Далее возникает несогласованность действия пузыря и сфинктеров, что связано с нарушением иннервации и гуморальной регуляции моторной функции желчного пузыря и желчных путей.

**Выделяют 3 варианта дискинезии:**

* гиперкинетический,
* гипокинетический,
* нормокинетический (не выявляется рентгенологически).

Дискинезия желчных путей проявляется болевым и диспепсическим синдромами.

Болезненность при пальпации в классических желчных точках отсутствует. Повышение температуры, изменения со стороны клинического и биохимического состава крови не характерны.

**Дифференциально-диагностические критерии типа дискинетических нарушений.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Гипермоторная дискинезия** | **Гипомоторная дискинезия** |
| Боли в правом подреберье  Иррадиация болей  Дуоденальное зондирование, жир, магнезия, ксилит и другие холецистокинетики, а также рвота.  Холецистография  Наиболее частые фоновые заболевания. | Схваткообразные  Правое плечо и рука  Усиливают боль и тошноту  Гипермоторная дискинезия  Неврастения, канцерофобия, аллергия, аднексит. | Тупые, длительные нехарактерно  Уменьшают боль и тошноту  Гипомоторная дискинезия  Истерия, мигрень, астения, гипотония, висцероптоз |

**Диагностические мероприятия в поликлинике**

ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ: детализация жалоб, изучение анамнеза и данных объективного исследования.

* Клинический анализ крови, анализ кала на копрограмму и яйца глистов.
* Биохимическое исследование крови на билирубин, липопротеиды, АлАТ и АсАТ, активность щелочной фосфатазы.
* Холецистография.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ:

* УЗИ (ультразвуковая эхография желчного пузыря и желчных протоков).
* ЭКГ
* При необходимости – ретроградная холанго-панкреатография.
* Лапароскопия

ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ.

Режим по состоянию. Диета № 5 (см выше).

**Медикаментозная терапия**

При дискинезии гипермоторного типа: спазмолитики: но-шпа по 0,04-0,08г 2-3 раза в день. При необходимости внутримышечно 2-4 мл. Бишпан-1-2 таблетки-2-3 раза в сутки. Тифен-1-2 драже 2-3 раза в день. Спазмолитики назначаются курсом 10-15 дней. После снятия болевого синдрома назначаются желчегонные из группы истинных холеретиков: лиобил, аллахол, липрахол, холензим, билагит, билкрин, ЛИВ-52, флакумин, флавин, пеквокрин-1-2 таблетки 2-3 раза в день после еды.

Холеспазмолитики: виспадин по 0,05. Феникаберан, урхолесан, конвафлавин-0,01; датискан холагогзин, флакумин-0,02 и др.

Седативные препараты.

При дискинезии гипомоторного типа: желчегонные из группы холецистокинетиков: ксилит, сорбит, жир, магнезия, розанол, холагол, олиметин, ровахол; минеральные воды и др., до еды.

При назначении фитотерапии могут быть использованы одни и те же растения как при гиперкинетическом, так и гипокинетическом типе дискинезии при отсутствии признаков воспаления, по данным клиники и анализов крови.

**Эффективны следующие смеси растений:**

1.

Мята перечная, листья-4

Почечный чай, трава-1

Береза белая, листья-2

Шиповник, плоды-4

2.

Зверобой, трава-2

Ромашка, цветки-3

Фенхель, плоды-1

Подорожник, листья-1

10 г смеси на 400 мл воды. Залить теплой водой (остуженный кипяток), настаивать 6 часов, кипятить 5 минут, отжать. Принимать по 100 мл 3-4 раза в день за 15 минут до еды.

3.

Бессмертник, цветки-2

Береза, листья-1

Ромашка, цветки-3

Зверобой, трава-2

5 г смеси на 200 мл воды. Заварить кипятком, настаивать 20-25 минут, отжать. Принимать по 200 мл 2 раза в день до еды.

4.

Зверобой, трава-3

Одуванчик, корень-2

Бессмертник, цветки-2

Вахта трехлистная, трава-1

Ромашка, цветки-2

Золототысячник, трава-2

10 г смеси на 500 мл воды. Залить кипятком, кипятить 10 минут, охладить, процедить. Принимать по 200 мл 2 раза в день до еды.

5.

Чистотел, трава-1

Мята, листья-3

Береза, листья-2

5 г смеси на 200 мл воды. Кипятить 5 минут, процедить. Принимать по трети стакана 2 раза в день после еды.

Курс лечения - 2-3 месяца регулярного приема одного из настоев. При стойкой ремиссии может быть сделан перерыв на 3-4 недели.

**При хроническом холецистите в фазе обострения** - антибактериальная терапия с учетом вида микрофлоры в желчи и тяжести воспалительной реакции 7-10 дней с последующим подключением желчегонных средств и фитотерапии:

1.

Аир, корень-2

Золототысячник, трава-2

Бессмертник, цветки-4

5 г смеси на 400 мл воды. Залить холодной водой, настаивать 8-10 часов, кипятить 5 минут, охладить. Принимать по 100 мл 4 раза в день через 1 час после еды.

2.

Календула, цветки-1

Укроп, плоды-1

Можжевельник, плоды-1

Земляника, плоды-2

Хвощ полевой, трава-3

Кукурузные рыльца-3

Шиповник, плоды-3

5 г смеси на 500 мл воды. Залить кипятком, настаивать 30 минут (не кипятить). Процедить. Принимать по 150 мл 3 раза в день за 10 минут до еды.

В фазе затухающего обострения и нестойкой ремиссии рекомендуется применение физиотерапии на область желчного пузыря: УВЧ, СВЧ, электрофорез лекарственных веществ, сульфата магния, новокаина, но-шпы, никотиновой кислоты и др.

Используется и ультразвуковая терапия, оказывающая выраженное противовоспалительное действие, особенно при длительном многолетнем течении заболевания.

Все методы физиотерапии назначаются курсом лечения 10-15 процедур через день или 2 дня подряд с перерывом на 3 день.

Показания к оперативному вмешательству при ЖКБ устанавливаются совместно с хирургом. Использование средств, растворяющих камни: хенофальк, хенохол, урсофальк и другие - применяются ограниченно. Иногда эффективны длительные курсы фитотерапии.

При ЖКБ используется сравнительно небольшое количество растений:

|  |  |
| --- | --- |
| Бессмертник, песчаный, цветки  Брусника, листья  Горец змеиный, корень  Земляника лесная, плоды  Марена красильная, корень | Пырей, корень  Спорыш, трава  Репяшок, трава  Хвощ полевой, трава  Шиповник, плоды. |

**Показания к госпитализации:**

Неотложные – печеночная колика, подозрения на острый холецистит, внезапно появившаяся желтуха. Плановые – обострение хронического холецистита, не купирующиеся 3-5 дневным курсом амбулаторного лечения; необходимость в углубленном обследовании и дифференцированном лечении. Продолжительность временной нетрудоспособности при легкой форме обострения составляет в среднем 5-7 дней. При обострении средней тяжести – 18-20 дней, при тяжелом затянувшемся обострении с наличием сопутствующих заболеваний 30-35 дней, после холецистэктомии – 40-60 дней.

В период ремиссии заболевания целесообразно провести санаторное лечение (Ессентуки, Пятигорск, Железноводск и другие). Грязелечение с использованием различным вариантов его лечебных методик, в том числе - и электрогрязелечебных процедур.

Противопоказания к санаторно-курортному лечению при заболеваниях ЖКБ – частые и затяжные обострения, повторные приступы печеночной колики, появление желтухи.

После оперативного вмешательства на желчных путях при удовлетворительном состоянии и окрепшем послеоперационном рубле возможно направление в местные санатории (не ранее чем через месяц) и на курорты (через 2 месяца).

**Роль медсестры**:

* Проводить пропаганду здорового образа жизни среди населения с целью профилактики заболевания (борьба с гиподинамией, вредными привычками, перееданием и т. д.).
* Работа с пациентами по выполнению ими предписаний врача.
* Следить за соблюдением пациентами диеты №5(см выше).
* Оказать доврачебную помощь при приступах желчной колики (см. алгоритм мед. помощи при остром животе: холод, голод, покой, вызвать врача, приготовить лекарственные препараты (см. выше), которые вводить только по назначению врача)
* Осуществлять уход при возможных проблемах пациента (рвоте, тошноте и т.д.)

**Контрольные вопросы:**

1. Дайте определение хронического панкреатита.
2. Перечислите основные причины болезни.
3. Какие основные симптомы хронического панкреатита?
4. Какие основные группы лекарственных средств назначают при хроническом панкреатите?
5. Основные правила ухода при хроническом панкреатите.
6. Дайте определение холецистита.
7. Дайте определение ЖКБ.
8. Основные признаки хронического холецистита.
9. Основные моменты соблюдения диеты.