

**БОУ ОО «Медицинский  
колледж»**

**Тема: СП при дискинезии  
желчевыводящих путей.**

**СП при хроническом холецистите.**

**Дисциплина: Сестринское дело в  
терапии с курсом ПМП**

**Специальность: сестринское дело**

**Преподаватель: Гусина В.И.**

# Дискинезии желчевыводящих путей

## *План*

- 1. Определение дискинезии желчевыводящих путей.
- 2. Клинические проявления дискинезии желчевыводящих путей.
- 3. Уход, принципы лечения больных с дискинезиями желчевыводящих путей.
- 4. Профилактика.

# Дискинезия желчных путей

— расстройство тонуса желчных протоков, проявляющееся нарушением оттока желчи из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку и сопровождающееся появлением болей в правом подреберье, не связанное с воспалительным процессом.

## Этиология:

- Возникает у больных при различной патологии желудочно-кишечного тракта (хронический гепатит, аллергия, гастриты, паразитарная инфекция), а также у лиц с неврастенией и различными нарушениями вегетативной нервной системы.

# Клиника

- Зависит от *формы дискинезии*:

## *1. Гиперкинетическая форма*

(гипертоническая) характеризуется острыми, приступообразными, коликообразными болями в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, плечо.

Боли кратковременные, повторяются несколько раз в сутки.

# Клиника:

- Отмечаются потливость, слабость, раздражительность, снижение АД, тахикардия. Температура тела в норме, печень не увеличена. Во время приступа отмечается выраженная болезненность в точке проекции желчного пузыря . Болезненность усиливается при глубокой пальпации в этой зоне. При фракционном дуоденальном зондировании отмечается удлинение времени 2-й и 3-й фаз, укорочение времени пузырной желчи.

## 2. При *гипокинетической* *форме*

(гипотоническая) отмечаются постоянные тупые, ноющие боли в правом подреберье, тошнота, отрыжка, горечь во рту, вздутие живота, запоры.

- Отмечается связь болей с волнением, нервно-психическим напряжением. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье.



**Анатомия желчного пузыря**

## Диагностика при *гипокинетической форме*

- Фракционное дуоденальное зондирование: укорочение 2-й фазы, увеличение количества пузырной желчи до 100 мл и более. Явлений воспаления нет.
- Рентгенологическое обследование — пузырь большой, растянутый, вялый.

# Принципы лечения:

- Режим назначается свободный, диета № 5 с исключением острых блюд, копченостей, соленостей, жареного, консервов.

## При *гиперкинетической (гипертонической) дискинезии*

- для нормализации желчеобразования и моторики врачом назначаются *холеретики* (образующие желчь). К ним относятся препараты: 1) содержащие желчь (хологон, дехолин, аллохол, холензим, холецин лиобил); 2) синтетические препараты (никодин, циквалон, оксафенамид, холонертон); 3) растительные (настои и отвары)

- Используются: холосас по 1 ч. л. 3 раза в день за 30 мин до еды, настой курузных рылец (10 г на 200 мл воды) по 1 ст. л. 3—4 раза в день 30 мин до еды, настойка листьев барбариса по 15—20 кап. 3—4 раза в день.
- Всем пациентам назначаются мало- и среднеминерализованные воды в горячем виде (44—45 °С).
- Седативная терапия включает прием микстуры Бехтерева, седуксена, валерианы.

# При *гипокинетической* форме *дискинезии*

- (гипотонической) пациенты принимают препараты, тонизирующие организм (алоэ, элеутерококк, настойка аралии) и средства, способствующие выведению желчи (холекинетики), — соли магния, карловарская соль, соль Барбара, ксилит, сорбит, маннит, растительное масло,

- Таким пациентам назначается настой бессмертника (10 г на 200 мл воды), который принимается по 1/2 стакана 2 раза в день 7—10 дней. Все они вызывают сокращение желчного пузыря и его опорожнение. Назначаются минеральные воды высокой минерализации комнатной температуры (по 1/2 стакана 2—3 раза в день).

# Методика тюбажа:

- Простой тюбаж: доступный холекинетик (растительное масло) + грелка на правый бок на 30 мин (10—15 процедур).
- Сложный тюбаж проводится при атонии желчного пузыря. Он включает: прием 15—20 г сернокислой магнезии + грелка на правый бок на 20 мин. Затем проводится прием 15—20 г сорбита (ксилита) в 100 мл воды (или 3 табл. аллохола) + 1 табл. но-шпы или папаверина.

- *ЛФК.* Динамические дыхательные упражнения с удлинением вдоха и выдоха, нижнегрудное локализованное дыхание, диафрагмальное дыхание, упражнения для укрепления передней брюшной стенки, упражнения на расслабление, ходьба с высоким поднятием бедер.
- *Физиотерапия:* УВЧ, индуктотермия, ультразвук, электрофорез на область желчного пузыря с новокаином, платифиллином, папаверином.

# Профилактика:

- *Первичная:* лечение невротических расстройств, устранение конфликтных ситуаций, формирование навыков здорового образа жизни, регулярное питание.
- *Вторичная:* создание условий для хорошего оттока желчи и улучшения регуляторных механизмов желчевыведения — четырехразовый прием пищи в одно и то же время, регулярное опорожнение кишечника, общеукрепляющее восстановительное лечение в осенние и весенние месяцы.

# СП при хроническом холецистите

## *План:*

- 1. Определение хронического холецистита.
- 2. Клинические проявления болезни.
- 3. Уход, принципы лечения больных хроническим холециститом.
- 4. Профилактика хронического холецистита.

# Холецистит хронический

— хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря.

## ЭТИОЛОГИЯ:

- 1) дискинезии желчных путей с нарушением оттока желчи;
- 2) воспалительные и инфекционно-аллергические изменения стенок желчного пузыря;

# ЭТИОЛОГИЯ

- 3) очаги хронической бактериальной инфекции (ЛОР- и стоматологические болезни, циститы, пиелонефриты, женские воспалительные болезни, болезни кишечника);
- 4) паразитарная инфекция (лямблиоз, описторхоз);
- 5) травмы желчного пузыря.

# Предрасполагающие факторы:

- ожирение, беременность, погрешности в диете, дисбактериоз.
- Обострение холецистита обычно связано с погрешностями в диете, приемом жирной, жареной пищи, алкоголя; нервно-психическими перегрузками, тяжелой физической работой.

# Клиника зависит от :

- *фазы болезни* (обострение, ремиссия),
- *наличия сопутствующей дискинезии* (гипотоническая, гипертоническая),
- *тяжести течения* (легкое, средней тяжести, тяжелое);
- *осложнений* (реактивный панкреатит, реактивный гепатит, образование камней в желчном пузыре, хронический дуоденит).

# В фазе ремиссии

- пациенты жалоб обычно не предъявляют. При погрешностях в диете и сопутствующей гиперкинетической дискинезии могут возникать кратковременные приступообразные боли в правом подреберье; при гипокинетической дискинезии в таких случаях боли монотонные, неинтенсивные, постоянные.

# В фазе обострения

## заболевания

- отмечается повышение температуры тела, появляется и нарастает тошнота, отрыжка воздухом, горечь во рту, тяжесть в подложечной области, снижение аппетита.
- Болевой синдром может сопровождаться повторной рвотой с примесью желчи, не приносящей облегчения.
- Частыми симптомами являются также неустойчивый стул (чередование запоров с поносами), раздражительность, плохой сон и аппетит.

## Объективно:

- Отмечаются бледность и желтушность кожных покровов.
- Язык обложен желто-бурым налетом.
- При пальпации живот напряжен в правом подреберье, болезненный, положительный симптом Ортнера.

# Диагностика:

- В анализе крови определяется ускорение СОЭ, лейкоцитоз.
- При исследовании пузырной желчи отмечается: кислая реакция, снижение удельного веса, хлопья слизи, наличие большого количества лейкоцитов, кристаллов жирных кислот. Уменьшение «времени желчи В» при нормальном ее объеме свидетельствует о гиперкинезии желчного пузыря, большой объем пузырной желчи (более 70 мл) и «времени порции В» более 25 мин свидетельствует о гипокинетической дискинезии.
- На холецистограммах выявляются тени камней.



## Калькулёзный холецистит

УЗИ исследование

## Принципы лечения:

- Режим назначается общий, свободный, диета — основной вариант стандартной.
- Консервативное лечение направлено на подавление инфекции, воспалительного процесса в желчевыводящих путях, восстановление моторной функции желчевыводящей системы.

# Медикаментозное лечение:

- Антибактериальная терапия включает прием антибиотиков широкого спектра действия (полусинтетические пенициллины, макролиды, цефалоспорины, тетрациклины) в течение 1—2 недель, реже сульфаниламидов (сульфален, сульфадиметоксин), нитрофурановых препаратов (фуразолидон).

- Для лечения описторхоза назначается празиквантел (билтрицид) по 40 мг/кг в 2—3 приема, лямблиоза — нитрофурановые препараты (фуразолидон) в обычных дозах с обязательным контролем через 6 мес.
- Для нормализации моторной функции желчевыводящей системы назначаются желчегонные препараты.

# У пожилых и старых людей

- хронический холецистит сочетается с гастритом со сниженной секреторной функцией, хроническим панкреатитом.
- Таким пациентам часто назначается заместительная терапия (ацидинпепсин, панкреатические ферменты, не содержащие желчных кислот), минеральные воды (Славяновская, Смирновская, Ессентуки № 4) в теплом виде, 2—3 раза в день (если кислотность низкая — за 10—15 мин до еды) в течение 7—14 дней. Минеральные воды используются для проведения тюбажей (1—2 раза в неделю).

# *Физиолечение*

- включает прием пациентами питьевых минеральных вод (хлоридные натриевые, гидрокарбонатные, сульфатно-хлоридные натриевые, сульфатно-хлоридные калиево-магниевонатриевые), грязевые или парафино-озокеритовые аппликации, гальваногрязь, ультразвук.

## *При сочетании хронического холецистита с гипермоторной дискинезией*

- по назначению врача пациенты принимают: седативные препараты (валериана, триоксазин, реланиум и др.), спазмолитики, холеретики (хологол, аллохол, холензим, лиобил и др.). Курс лечения холеретиками продолжается 3—4 недели. С заместительной целью назначаются панкреатические ферменты, содержащие желчные кислоты, — фестал, дигестал, панзинорм (по 1—2 драже до еды в течение 10—14 дней).

*При сочетании хронического  
холецистита с гипотонической  
дискинезией*

- назначаются: биостимуляторы — женьшень, элеутерококк, заманиха; холекинетики — сорбит, ксилит по 5—10 г 2 раза в день; оливковое или облепиховое масло по 1 ст. л. 2—3 раза в день до еды; беззондовое зондирование 2 раза в неделю.

# Профилактика:

- *Первичная:* здоровый образ жизни, рациональное питание, двигательная активность, санация очагов хронической инфекции.
- *Вторичная:* диспансерное наблюдение (весной и осенью проводятся физикальное обследование, консультации ЛОР-врача, стоматолога, анализы крови, мочи, диагностическое дуоденальное зондирование), соблюдение режима питания, восстановительное лечение.
-

**Благодарю за внимание!**