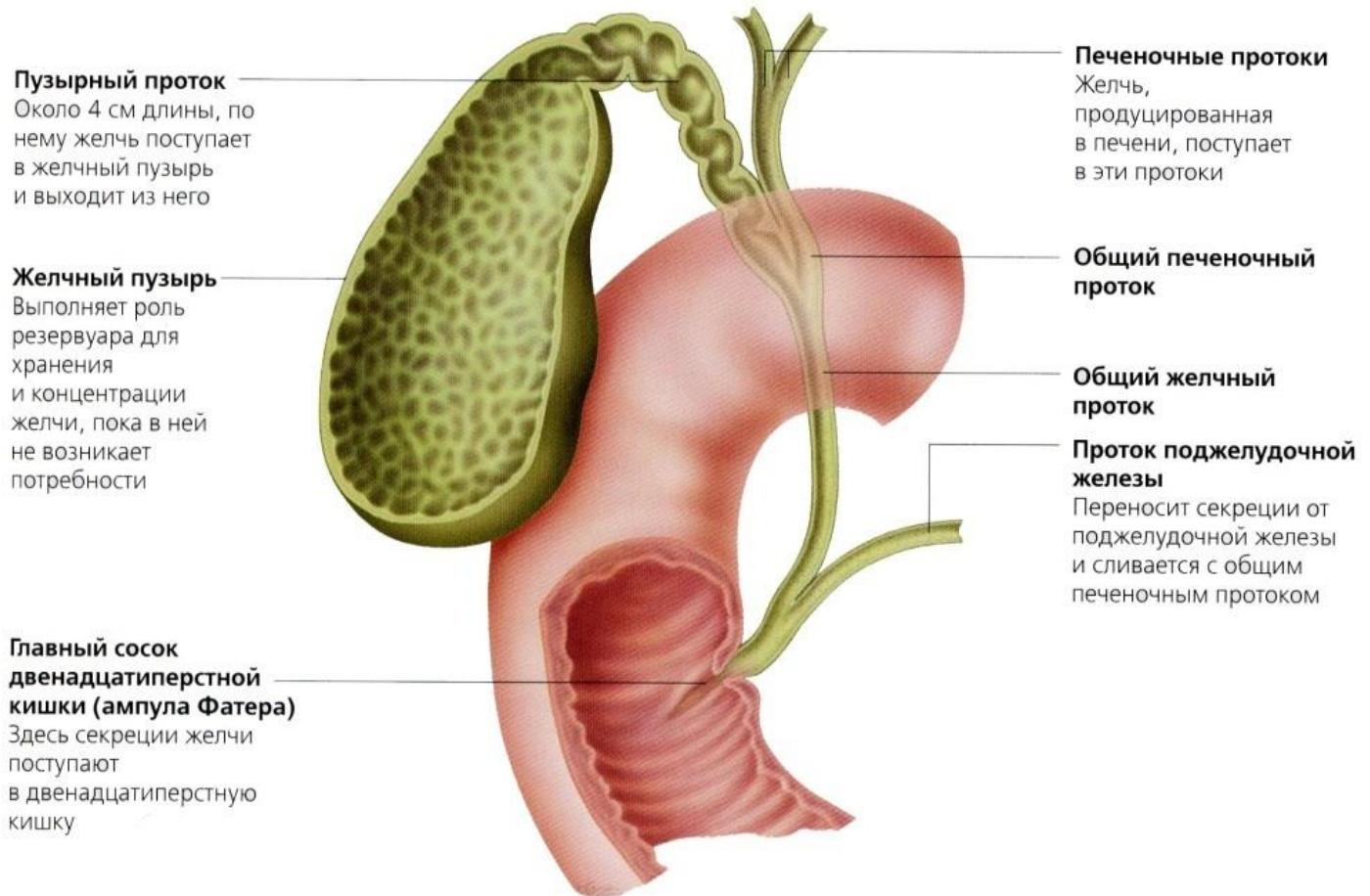


Сестринский процесс при заболеваниях желчевыводящих путей (лекция для 306 группы, дистант)

Жёлчный пузырь – орган, располагающийся на нижней поверхности печени. Жёлчный пузырь и печень функционально взаимосвязаны друг с другом. Одна из функций печени – выработка жёлчи, которая поступает в жёлчный пузырь и временно хранится в нём.



Жёлчь – очень важная составляющая пищеварительного процесса, она участвует в расщеплении пищевых жиров, активирует ферменты поджелудочной железы и стимулирует моторику тонкой кишки. Жёлчь, вырабатываемая непосредственно печенью, называется печёночной, или «молодой», а находящаяся в жёлчном пузыре – пузырьной, или «зрелой».

Сама по себе жёлчь очень агрессивная, жёлчные кислоты и минералы при застое выпадают в осадок и начинают разрушать эпителий слизистой оболочки жёлчного пузыря. На этом этапе в патологический процесс вовлекаются микробы, а застойная жёлчь является благоприятной средой для их размножения.

Главную роль в возникновении заболеваний играют застойные явления жёлчи в жёлчном пузыре. Основными причинами застоя могут послужить закупорка пузырного протока, уменьшение диаметра билиарных путей (спазм) или снижение тонуса гладкой мускулатуры.

Основные причины развития заболеваний желчевыводящих путей:

Наличие камней – способствуют нарушению оттока жёлчи, неполному опорожнению

органа, а в тяжёлых случаях приводят к закупорке пузырного протока и приступу жёлчной колики.

Нарушение питания или резкое похудение – большие перерывы между приёмами пищи, употребление жирных или жареных продуктов приводят к дисбалансу и нарушению оттока жёлчи.

Частые стрессы, психоэмоциональное перенапряжение – могут привести к расстройству иннервации и снижению сократительной способности жёлчного пузыря.

Наследственные факторы – по статистическим данным установлена наследственная предрасположенность к заболеваниям билиарной системы.

Врождённые аномалии жёлчного пузыря – ряд аномалий приводит к затруднению опорожнения жёлчного пузыря (нарушение положения, перегибы, перетяжки).

Гормональные изменения – доказано, что некоторые изменения гормонального фона способствуют застою жёлчи и образованию камней. Аллергия – при некоторых аллергиях может развиваться воспалительная реакция слизистой жёлчного пузыря.

Побочное действие лекарственных средств – некоторые препараты способствуют образованию камней. Инфекция – патогенная флора способствует развитию воспаления жёлчного пузыря.

Паразитарные инвазии – наличие паразитов в органе может привести к закупорке пузырного протока или повреждению слизистой оболочки.

Жёлчнокаменная болезнь

Жёлчнокаменная болезнь (ЖКБ) – заболевание билиарной системы, характеризующееся расстройством холестеринаового и билирубинового обменов, проявляющееся образованием камней в жёлчном пузыре или в желчевыводящих путях.



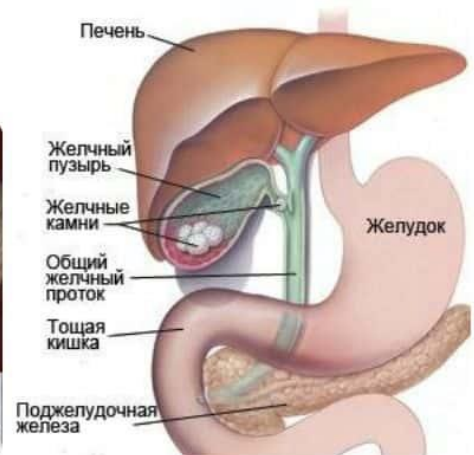
Смешанные

Виды желчных конкрементов

Пигментные



Холестериновые



К факторам риска развития жёлчнокаменной болезни относятся нарушения режима питания, нарушение обмена веществ, инфекционные заболевания желудочно-кишечного тракта, наследственная предрасположенность, частые беременности у женщин. Стоит отметить, что заболевание часто развивается у женщин. Камни образуются при нарушениях обмена холестерина, когда его концентрация при жёлчеотделении повышается. Жёлчь становится более концентрированной и формирует хлопья, выпадающие в осадок. Постепенно осадок уплотняется и образует камни.

Клинические проявления ЖКБ:

Долгое время могут протекать скрыто, никак себя не проявляя. Такая особенность объясняется тем, что образование камней происходит постепенно, если человек не нарушает режим питания, то организм привыкает к ежедневным пищевым нагрузкам. Жёлчный пузырь постоянно выбрасывает в тонкий кишечник определённое количество жёлчи, необходимой для пищеварения. **Характерный симптом ЖКБ – приступ жёлчной или печёночной колики.** Чаще всего болевому синдрому предшествует переедание либо употребление жирных, копчёных или жареных продуктов. Также приступ могут спровоцировать длительные физические нагрузки, стрессы или психоэмоциональное перенапряжение. Боль возникает внезапно, по ощущениям – колющего или режущего характера. Постепенно боль усиливается и локализуется в точной проекции жёлчного пузыря – в области правого подреберья. На пике приступа отмечается иррадиация боли под правую лопатку, в правую верхнюю конечность.

Если не оказывается своевременная медицинская помощь, присоединяется сильная рвота, не приносящая облегчения, повышается температура до 39-40 градусов. Спустя несколько часов регистрируется желтушное окрашивание кожи и склер глазных яблок, изменение цвета кала до светло-коричневого.

Дискинезия жёлчевыводящих путей

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖП) – заболевание, характеризующееся нарушением оттока жёлчи по причине нарушения тонуса жёлчного пузыря и протоков билиарной системы. Различают первичные и вторичные ДЖП.

Гипомоторная дискинезия обычно наблюдается в случае, когда тонус и сократимость желчного пузыря резко снижены, а тонус сфинктеров достаточно высок.

Гипермоторная дискинезия характеризуется высокой возбудимостью и сократимостью желчного пузыря при невысоком тонусе сфинктеров.

Клинические симптомы названных форм дискинезий удобнее изложить в табличной форме.

Гипермоторная дискинезия	Гипомоторная дискинезия
Боли колющие, пронзающие, кратковременные	Боли тупые, ноющие, тянущие, длительные
Боли усиливаются после приёма желчегонных препаратов, дуоденального зондирования	Боли усиливаются после приёма спазмолитика
При дуоденальном зондировании время пузырного рефлекса мало, часто желчь выделяется без раздражителя, просто на введение в кишку зонда.	При дуоденальном зондировании время пузырного рефлекса увеличено, может потребоваться повторное введение раздражителя.
При дуоденальном зондировании быстро выделяется светлая жидкая желчь в малом объёме	При дуоденальном зондировании долго и медленно выделяется тёмная, густая, почти чёрная желчь
Боли облегчаются введением спазмолитика	Боли облегчаются введением холекинетика
Горячая грелка усиливает боли, а тёплая - ослабляет	Горячая грелка облегчает боли, а тёплая - усиливает
При рентгенологическом и ультразвуковом исследовании виден маленький грушевидный желчный пузырь	При рентгенологическом и ультразвуковом исследовании виден большой и круглый желчный пузырь

Холецистит

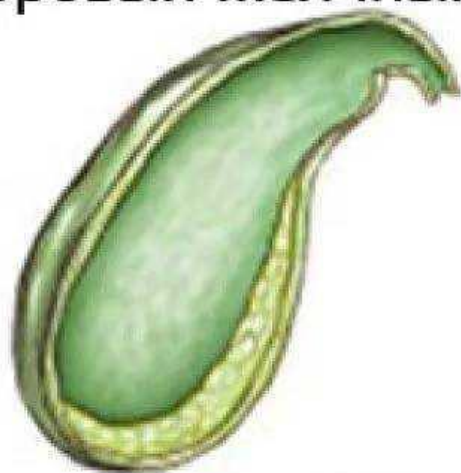
Холецистит – воспалительное заболевание слизистой оболочки жёлчного пузыря. В классификации холецистита учитывают тип поражения слизистой оболочки, этиологию – что послужило причиной возникновения заболевания. По поражению слизистой холецистит может быть: острый – характеризуется острым началом, бурным

развитием симптоматики, наличием признаков интоксикации и выраженного болевого синдрома; хронический – долгое время не проявляет себя, боли ноющие, слабовыраженные. Симптоматика сглаженная. По этиологии различают два вида холецистита: **калькулёзный** – причиной заболевания послужило наличие камней в жёлчном пузыре. Составляет до 90% от всех заболеваний, характеризуется более тяжёлым течением; **бескаменный** – встречается редко, причиной является поражение слизистой оболочки микробными агентами. Прогноз при бескаменном холецистите благоприятный. Острый холецистит характеризуется быстрым началом – появлением резких болей в правой части живота. В тяжёлых случаях появляются симптомы интоксикации организма – слабость, ломота в мышцах, озноб, повышение температуры тела до 40 градусов. Хронический холецистит протекает бессимптомно, болевые ощущения беспокоят пациента только в периоды обострения.

При хроническом холецистите слизистая желчного пузыря атрофирована. В то же время стенка пузыря утолщена за счёт фиброза. Пузырь окружён спайками, часто деформирован.

Острый холецистит.

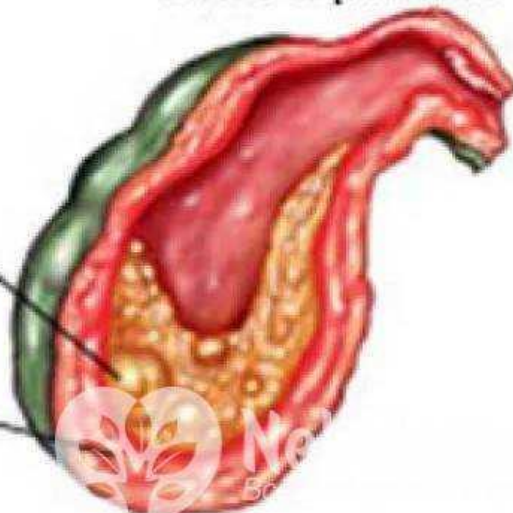
Здоровый желчный пузырь



Желчный камень

Воспаленная
слизистая

Холецистит



Начало заболевания внезапное. После приёма жирного или жареного блюда через 3 - 4 часа появляются боли в правом подреберье различной интенсивности тупого, давящего или схваткообразного характера. Они обычно иррадиируют в спину и сопровождаются разнообразными диспептическими расстройствами, лихорадкой до 39 - 40°C. При осмотре больные беспокойны. Ограничивается участие живота в акте дыхания. Живот вздут.

Выявление формы заболевания осуществляется на основании жалоб больного, его внешнего осмотра, а также по результатам пройденного обследования:

Лабораторные методы.

- Общий анализ крови: повышение скорости оседания эритроцитов, лейкоцитоз.
- Биохимический анализ крови: повышение уровня билирубина, холестерина и щелочной фосфатазы свидетельствует о нарушениях оттока жёлчи
- Общий анализ мочи: отсутствие в моче уробилина и потемнение мочи говорит о застойных процессах в желчевыводящих путях.
- Копрограмма: при отсутствии поступления жёлчи в кишечник каловые массы приобретают светлый окрас.
- Дуоденальное зондирование – позволяет сделать забор жёлчи из 12-пёрстной кишки. В пользу жёлчнокаменной болезни или дискинезии по гипертоническому типу свидетельствует присутствие в содержимом хлопьев, помутнение жёлчи. При холецистите или дискинезии по гипотоническому типу – снижение кислотности жёлчи, повышение уровня билирубина. При наличии паразитов или микробного воспаления – в содержимом выявляются соответствующие возбудители.
- Ультразвуковое исследование – одна из самых информативных методик. Эта методика позволяет детально оценить расположение и внутреннее строение органа в режиме реального времени
- МРТ – является альтернативой УЗИ. Позволяет детально визуализировать внешнее и внутреннее строение билиарной системы, выявить камни размером более 1 мм, а также спазмы, воспалительные утолщения слизистой оболочки.
- Рентгенологическое исследование – максимально информативно при использовании контрастного вещества. Позволяет выявить камни, спазмы, аномалии развития, а также осложнения в виде спаек, перфорации
- Лапароскопическая диагностика жёлчного пузыря – является инвазивной процедурой, назначается только в крайнем случае как дополнение к УЗИ или МРТ.

Хронический холецистит.

Заболевание у многих больных протекает без яркой клинической картины. Обычным, но не постоянным симптомом является боль в правом подреберье. Характер боли во многом определяется типом сопутствующей дискинезии желчевыводящих путей. Обычно боли незначительные. Они резко усиливаются после приёма жирной, жареной и маринованной пищи, копчёностей и яиц. Иногда боль усиливается при подъёме тяжестей.

Наличие диспептических расстройств довольно характерно. Больные часто жалуются на горечь во рту, особенно по утрам, тошноту, горькую отрыжку, иногда, обычно при обострении заболевания, - субфебрилитет. Возможны проявления кишечной диспепсии, например - запоры. При осмотре больного в фазе ремиссии заболевания зоны кожной гиперестезии и болевые симптомы обычно либо отсутствуют полностью, либо слабо выражены. При обострении заболевания выявляются те же, что и при остром холецистите симптомы. Но выраженность их всё же меньше, чем при остром холецистите.

В анализах крови у больных с обострением хронического холецистита выявляются неспецифические признаки воспаления - лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, С-реактивный белок и др. При дуоденальном зондировании в порции В обычно получают много лейкоцитов, С-реактивный белок, нередко - лямблии.

При УЗИ - обычно выявляется деформированный желчный пузырь с плотной и утолщенной стенкой.