

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 и употребление алкоголя 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, различные психотравмы, нервное перенапряжение, которые вызывают спастическое состояние сосудов, а также мышц на выходе желчных и панкреатических 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 внутрижелудочных 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.
3. Метеоризм.
4. Желтуха.
5. Снижение массы тела.
6. Нарушается стул, появляется склонность к поносам.
7. Быстрая утомляемость, снижение работоспособности.
8. Нарушение сна.
9. Сухость кожи.
10. "Заеды" в углах рта.
11. Ломкость волос и ногтей.
12. 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.

13. 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 (траасикол, контрикал, гордокс).
2. Для уменьшения секреции поджелудочной железы показан холод на область надчревя, внутрь - щелочи (альмагель, карбонат кальция). Подобное действие оказывают антибиотики широкого спектра действия.
3. Возникающее в период обострения повышение внутриточкового 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 40 лет, много рожавшие, страдающие полнотой и метеоризмом. После 50 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 10 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 10:1. то он выпадает в осадок, тем самым способствуя образованию камней. Дисхолии способствует высокое содержание холестерина.

Наблюдается при: сахарном диабете, ожирении, семейной гиперхолестеринемии, гипербилирубемии (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, иррадиирующие 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 - произвольная 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 нектислых ягодных и фруктовых соков, свежих сырых ягод и фруктов; пюре из сырой моркови; овощные и фруктовые нектислые 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 рентгеногегативных [холестериновых] камнях):

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

Хенодесоксихолевая 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, АЛТ 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	Пырей, корень
Брусника, листья	Спорыш, трава
Горец змеиный, корень	Репяшок, трава
Земляника лесная, плоды	Хвощ полевой, трава
Марена красильная, корень	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, переизбытком 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.)