

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ПРОФИЛАКТИКА ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ДЕТСКОМ
ВОЗРАСТЕ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051506
Гайворонской Валентины Дмитриевны**

Научный руководитель
пеподаватель Витива Н. В.

Рецензент
участковая медицинская сестра, ОГБУЗ «Детская
областная клиническая больница», детская
поликлиника № 4 Харькова О.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ.....	6
1.1. Понятие и факторы риска заболевания	6
1.2. Причины заболевания.....	8
1.3 Симптомы дискинезии желчевыводящих путей	11
1.4. Диагностика заболевания.....	14
1.5. Методы лечения	17
1.6.Профилактика дискинезии желчевыводящих путей.....	19
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ.....	24
2.1. Организационная характеристика детской консультации «Тавровская врачебная амбулатория»	24
2.2. Анализ статистических данных дискинезии желчевыводящих путей на примере «Тавровская врачебная амбулатория».....	25
2.3. Исследование «Оценка уровня информированности родителей по вопросам профилактики дискинезии желчевыводящих путей в детском возрасте на примере «Тавровская врачебная амбулатория»	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	45
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ	47
ПРИЛОЖЕНИЯ	50

ВВЕДЕНИЕ

Стратегическим направлением работы органов здравоохранения в настоящее время является проведение первичной профилактики хронических неинфекционных заболеваний.

В последние годы возрос интерес исследователей к проблемам функциональных расстройств, особенно желудочно-кишечного тракта у детей и в первую очередь таких, как дискинезия желчевыводящих путей.

Дисфункции желчевыводящих путей занимают 2-е место в структуре заболеваний органов пищеварения у детей. Чаше всего данная патология сочетается с хроническим гастродуоденитом, панкреатитом, запорами.

Дисфункции, или дискинезии, желчевыводящих путей (ДЖВП) - это расстройство тонуса и моторики желчного пузыря и/или желчных протоков с нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку. Заболевание проявляется в дошкольном возрасте, прогрессирует в раннем школьном возрасте и может приводить к развитию хронической патологии.

Актуальность проблемы заключается в том, что ранняя диагностика дискинезии желчевыводящих путей и своевременное лечение будут являться в известной мере профилактикой желудочно-кишечных заболеваний у детей.

В то же время, согласно наблюдениям, дискинезия желчевыводящих путей может трансформироваться со временем при наличии неблагоприятных факторов в органическую патологию. В настоящее время определено, что большое значение в развитии дискинезии желчевыводящих путей имеют не только биологические, но и социально-психологические факторы риска ее развития. При этом большое значение могут играть семейные взаимоотношения, они в свою очередь могут препятствовать развитию индивидуальности ребенка, не позволяя ему открыто проявить свои эмоции, делают его ранимым в отношении эмоциональных стрессов, а значит - провоцируют или могут поддерживать имеющиеся вегетативные дисфункции.

В детской гастроэнтерологии дисфункциональные расстройства желчевыводящей системы выявляются у 70-90 % детей, страдающих заболеваниями органов пищеварения.

Высокая распространенность дискинезий желчевыводящих путей в педиатрической практике, сложность дифференциальной диагностики, отсутствие стандартов лечения обуславливают необходимость дальнейших исследований в данной научной сфере и в области практического здравоохранения современной России.

Цель исследования: определение профессиональных компетенций медицинских сестер детской поликлиники «Тавровская врачебная амбулатория» по вопросу профилактики дискинезии желчевыводящих путей.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Провести анализ литературных источников по вопросу заболеваемости дискинезии желчевыводящих путей у детей.

2. Определить общие принципы организации амбулаторно-поликлинической педиатрической службы, на примере детской консультации «Тавровская врачебная амбулатория»

3. Провести анализ профессиональной деятельности медицинских сестер детской консультации «Тавровская врачебная амбулатория» по вопросу профилактики дискинезии желчевыводящих путей, для чего:

- проанализировать уровень заболеваемости детей дискинезией желчевыводящих путей;

- провести анализ данных опроса родителей детей разного возраста об информированности по профилактике дискинезии на примере детской консультации «Тавровская врачебная амбулатория».

4. Разработать рекомендации по профилактике дискинезии желчевыводящих путей для медицинских сестер «Тавровской врачебной амбулатории».

Для решения поставленных задач использовался объект исследования – дети и родители детей, находящихся на лечении в детской консультации «Тавровская врачебная амбулатория».

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры детской поликлиники по вопросу профилактики дискинезии желчевыводящих путей у детей.

В соответствии с намеченной целью и задачами исследования были определены следующие методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- статистический – статическая обработка информационного массива;
- социологический: (анкетирование, интервьюирование).

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что в нем проведен анализ профессиональной деятельности медицинских сестер по вопросу профилактики дискинезии желчевыводящих путей.

Практическая значимость исследования заключается в разработке рекомендаций медицинским сестрам детской поликлинике по профилактике дискинезии желчевыводящих путей.

Гипотеза исследования: при усилении медицинской сестрой педиатрического участка просветительской работы с пациентами и их родителями вопросами значимости питания и организации режима дня ребенка, можно добиться качественной профилактики дискинезии желчевыводящих путей у детей.

База исследования: детская консультация «Тавровская врачебная амбулатория».

Время исследования: 2018 – 2019 гг.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

1.1. Понятие и факторы риска заболевания

Дискинезия в переводе с латинского означает расстройство движения (от лат. dis– расстройство, нарушение, и kinēsis– движение). Таким образом, дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) – функциональное патологическое состояние желчного пузыря, связанное с нарушением его нормальной моторики. Дискинезия желчевыводящих путей у детей проявляется колющими болями в правом подреберье, диспептическими расстройствами, связанными с погрешностями в питании.

В детской гастроэнтерологии дисфункциональные расстройства желчевыводящей системы выявляются у 70-90 % детей, страдающих заболеваниями органов пищеварения.

Дискинезия желчевыводящих путей не является самостоятельным заболеванием – это следствие неправильного поступления желчи в двенадцатиперстную кишку для пищеварения. В приложении 1 приведена анатомия внепечёночного билиарного тракта.

В основе дискинезии желчевыводящих путей у детей лежит нарушение регуляции последовательного сокращения и расслабления желчного пузыря и сфинктеров со стороны нервной и паракринной систем. В результате дискоординации деятельности желчевыводящей системы нарушается пассаж желчи в кишечник, что сопровождается комплексом клинических проявлений.

У детей грудного возраста дискинезии желчевыводящих путей, как и другие функциональные расстройства ЖКТ, чаще всего являются следствием перинатальных поражений ЦНС (гипоксии, родовой травмы, асфиксии и т. д.). Развитию дискинезии желчевыводящих путей у детей способствуют аномалии желчных протоков и перегибы желчного пузыря, затрудняющие нормальный

отток желчи; нарушения сфинктерного аппарата; цитогенная или гепатогенная дисхолия.

Так как при данном заболевании происходят изменения в свойствах желчи, то нарушается всасываемость некоторых важных веществ и жирорастворимых витаминов. Первичная дискинезия возникает вследствие нарушения корковых механизмов регуляции; вторичная - по принципу висцеро-висцеральных рефлексов, в основном при патологии пилородуоденальной зоны. В зависимости от тонуса сфинктерного аппарата и кинетики желчного пузыря выделяют гипер- и гипотонический, гипер- и гипокинетический типы.

Дискинезии желчевыводящих путей - наиболее частая патология гепатобилиарной системы у детей дошкольно - школьного возраста. В структуре холепатий она составляет более 8 %, встречается либо в сочетании с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, либо без таковых. Причем, девочки болеют в 3-4 раза чаще, чем мальчики.

Выделяют основные факторы риска развития дискинезии желчевыводящих путей у детей: нарушения функции центральной и вегетативной нервной системы, стрессовые ситуации в семье, заболевания желудочно-кишечного тракта, хронические очаги инфекции, частые ОРВИ, пороки и аномалии развития желчевыводящей системы, алиментарный фактор (дефекты питания, насильственное кормление, переедание).

Первые признаки болезни проявляются в дошкольно-школьном возрасте, пик заболеваемости приходится на 7-9 лет. Например, ребенок, поступаая в 1 класс, испытывает стресс, связанный с резким изменением привычного для него режима дня. Кроме того, современные школьники далеко не всегда придерживаются принципов правильного питания, ведут малоподвижный образ жизни ввиду необходимости усиленно заниматься учебной деятельностью, соответственно, на активные игры и прогулки у школьника остается уже значительно меньше времени.

Страдающие дискинезией желчевыводящих путей чаще встречаются в семьях, где имеются конфликтные ситуации, приводящие к развитию невроза у детей. Значение наследственных факторов в возникновении дискинезии прямо не доказано, но нужно иметь в виду, что организм ребенка может иметь наследственную предрасположенность к слабости адаптационных механизмов, проявляющуюся частыми простудными заболеваниями, аллергическими реакциями, неврологическими нарушениями.

Таким образом, из вышеизложенного, можно сделать вывод, что в патогенезе дискинезии желчевыводящих путей большое значение имеет диссинергизм моторики желчного пузыря и его сфинктеров (Одди, Люткенса), а также изменение гомеостаза кишечинальных гормонов. Эти нарушения возникают при ослаблении общих адаптационных механизмов регуляции, вследствие чего формируется психовегетативный синдром на фоне наследственной или приобретенной неполноценности билиарной системы.

Дисфункция моторики желчного пузыря и протоков приводит к развитию холестаза, сущность которого сводится к расстройствам печеночно-кишечной циркуляции желчи и ее компонентов, изменению физико-химических и бактериостатических свойств желчи, что обуславливает болевой, диспептический синдромы и развитие осложнения в виде холецистита или желчнокаменной болезни. Основными факторами риска развития дискинезии желчевыводящих путей детей можно обозначить как предрасположенность и наследственность к заболеванию, стрессовые ситуации в семье, а также малоактивный образ жизни ребенка.

1.2. Причины заболевания

Дискинезия желчевыводящих путей у детей относится к функциональным нарушениям, приводящим к ухудшению оттока желчи в 12-

перстную кишку. Патология является довольно частым отклонением, поэтому имеет смысл разобраться с теми факторами, которые его провоцируют.

Дискинезия у детей обычно возникает по следующим причинам: родовая травма; недоразвитие желчных протоков; инфекционные заболевания (гепатит, дизентерия, сальмонеллез); хронические болезни (гайморит, тонзиллит, лямблиоз); анатомические нарушения; неврозы, стрессы; вегетососудистая дистония; нерегулярное питание; гиподинамия; генетическая предрасположенность.

Есть определенная зависимость между частотой встречаемости причины и возрастом пациента: первые 2 чаще возникают в грудном возрасте, остальные – в подростковом. Помимо указанных выше факторов, не следует исключать и действие болезнетворных микроорганизмов.

Виды дискинезии у ребенка зависят от того принципа, по которому происходит разделение болезни. Есть несколько классификаций дискинезии по степени сокращения желчевыводящих путей; по скорости выброса желчи; по характеру протекания.

По степени сокращения желчевыводящих путей выделяют гипотонический вид дискинезии, при котором снижен тонус сфинктеров, и гипертоническую форму с повышением активности мышечного аппарата. Гиперкинетическая дискинезия характеризуется повышенной скоростью сокращения железы по сравнению с нормальным значением. Гипокинетический тип диагностируют, когда скорость выброса желчи ниже нормального значения. При смешанной форме наблюдаются признаки всех видов нарушений сократительной активности желчного пузыря. В основе еще одной классификации лежит характер протекания функционального нарушения. Первичная форма не сопровождается патологией железы и протоков, возникает из-за гормонального нарушения, стресса, аллергической реакции. Вторичная дискинезия в детском возрасте возникает, когда реализуется генетический дефект клеток или анатомическое недоразвитие желчного пузыря и протоков.

Первичные дисфункции желчного пузыря обусловлены, в основном, врожденными аномалиями желчного пузыря, его стенок, а также протоков и сфинктерного аппарата билиарного тракта. К врожденным аномалиям внепеченочного билиарного тракта относятся: атрезия и гипоплазия желчных ходов, сегментарное расширение желчных протоков; пороки развития желчного пузыря: удвоение, дивертикулы, фиксированные перегибы, особенно в области шейки, перетяжки, агенезия, гипоплазия ЖП; пороки сфинктерного аппарата.

Вторичные дисфункции желчного пузыря у детей могут быть обусловлены: воспалительными заболеваниями билиарного тракта (острые и хронические холециститы, холангиты), заболеваниями поджелудочной железы с развитием папиллита, обменными заболеваниями (холестероз), паразитарной патологией (аскаридоз, амебиаз), опухолями в системе желчевыводящих путей, поджелудочной железы (добро и злокачественные), психоэмоциональными расстройствами.

Нарушение моторики желчного пузыря и протоков наблюдается у 97% детей с гастродуоденальной патологией, причем у 2/3 из них отмечается гипотонически-гиперкинетическая дискинезия, у 23,7% – нормотонически-гиперкинетическая дискинезия вследствие отека стенок ЖП и возрастания функциональной нагрузки на сфинктер Одди. Значительную роль в возникновении дисфункциональных расстройств билиарного тракта принадлежит психоэмоциональным факторам, в т.ч. стрессовым ситуациям, что реализуется с участием корковых и подкорковых образований с нервными центрами продолговатого мозга, гипоталамуса. Недостаточное образование тиреоидина, окситоцина, кортикостероидных и половых гормонов также приводит к снижению мышечного тонуса желчного пузыря и сфинктеров билиарного тракта.

В педиатрии прослеживается ассоциация между возникновением дискинезии желчевыводящих путей и перенесенными ребенком инфекционными заболеваниями – гепатитом А, сальмонеллезом, дизентерией.

Определенная роль в ряду причин дискинезии желчевыводящих путей у детей принадлежит хроническим заболеваниям (гаймориту, хроническому тонзиллиту и др.), лямблиозу, аскаридозу, нервно-артритическому диатезу.

У детей старшего возраста увеличивается роль вегетососудистой дистонии, неврозов, психоэмоциональных нарушений, гиподинамии, погрешностей питания в развитии дискинезии желчевыводящих путей. Поскольку сокращение и расслабление желчного пузыря происходит под влиянием пептидных гормонов, нарушение их выработки при гастрите, гастродуодените, панкреатите, энтероколите также может приводить к возникновению дискинезии желчевыводящих путей у детей.

Среди основных причин, вызывающих патологию в детском возрасте, специалисты отмечают: возрастные сбои в работе центральной нервной системы ребенка (неврозы, вегетососудистая дистония, диэнцефальные расстройства); перенесенные детским организмом инфекционные заболевания; неправильный режим питания; часто встречаемые аллергические реакции; общая интоксикация детского организма; болезни внутренних органов; возрастные гормональные нарушения; аномальное строение желчного пузыря, обусловленное внутриутробным развитием во время беременности.

Таким образом, можно отметить, что основными причинами дискинезий желчевыводящих путей в детском возрасте являются: вегетативная дисфункция (наиболее частая причина функциональных холепатий); патология желчного пузыря (дискинезия на фоне органических нарушений); патология других органов пищеварения (в связи с нарушениями нервной и/или гуморальной регуляции).

1.3 Симптомы дискинезии желчевыводящих путей

Основными проявлениям дискинезии желчевыводящих путей у детей служат болевой синдром, диспепсический синдром и положительные пузырные симптомы. Характер проявлений зависит от формы дисфункции. Проявления патологии могут быть различными, в зависимости от ее формы (Таблица 1).

Таблица 1.

Форма и клинические проявления дискинезии желчевыводящих путей

Форма	Клинические проявления
Гипертоническая	Боль в области правого подреберья. Неприятные ощущения возникают и усиливаются в момент физической активности. После еды (особенно сладостей) в животе появляется чувство жжения. Приступы рвоты (у грудничков – обильные срыгивания, переходящие в рвоту). Образование на языке желтоватого непрозрачного налета. Слабость, вялость. Частые головные боли. Отказ от приема пищи.
Гипотоническая	Чувство тяжести в районе печени. У детей грудного возраста желчный пузырь увеличивается в размерах, таким образом, его можно определить наощупь. Нарушения стула. Отсутствие аппетита. Грудной ребенок плохо набирает вес, в некоторых случаях может даже терять массу тела.
Комбинированная	Частые запоры. Ощущение тяжести в области правого бока. Снижение аппетита, при этом ребенок нормально набирает вес. Горький привкус во рту. При пальпации печени ребенок чувствует боль.

Независимо от формы патологии при дискинезии наблюдается комплекс характерных проявлений. Главный симптом, который испытывает ребенок – боль в правом подреберье. Сопутствующий признак дискинезии – тяжесть в этой области. Характер боли различается в зависимости от формы отклонения. Гипомоторный тип характеризуется ноющей болью на протяжении

длительного времени. Гиперкинетический тип дискинезии желчевыводящих путей у детей отличается тем, что боль острая, приступообразная, возникает из-за нарушения питания. Ее локализация при этом изменяется и переносится к пояснице.

Другие проявления заболевания: диспепсические явления (тошнота, рвота, жидкий стул); общие признаки (слабость, головная боль, снижение аппетита); после приема пищи во рту возникает горечь; появляется отечность на конечностях и лице; рвота. Поскольку отклонение носит функциональный характер, то температура при этом не повышается, если нет осложнений. Заболевание у ребенка можно заподозрить, если внимательно присмотреться к нему: дисфункция желчных путей проявляется развитием желтого налета на языке. Кожа может приобретать сероватый оттенок, а в уголках рта формируются заеды.

Е.О. Комаровский считает, что симптомы дискинезии желчевыводящих путей не являются характерными именно для данной патологии, и могут указывать на наличие совершенно других проблем, требующих, соответственно, иного лечения.

Самостоятельное назначение ребенку лекарственных препаратов может лишь ухудшить ситуацию, ведь без постановки диагноза, установления причины и характеристики патологии, назначать лечение категорически нельзя. При обнаружении признаков расстройства работы органов пищеварительной системы, необходимо соблюдать следующие рекомендации: ребенка сразу же после еды рекомендуется уложить на правый бок, так болезненные ощущения будут менее выраженными; если ребенок отказывается от еды, не нужно насильно заставлять его; при возникновении проблем в работе органов пищеварения, необходимо отложить введение прикорма; ребенка необходимо как можно быстрее показать врачу.

Дискинезия желчевыводящих путей может приводить к появлению других отклонений в здоровье. Опасность дискинезии связана с функциями желчи. Нормально функционирующий проток обеспечивает своевременный и

полный отток этого секрета. При смачивании желчью происходит дезинфицирование пищевого комка, расщепление жиров.

Из этого следует, что опасность дискинезии желчевыводящих путей у детей заключается в нарушении обмена веществ, потере пищевым комком антибактериальных свойств, риске образования камней в желчном пузыре, нарушении расщепления пищи. Это приводит к следующим заболеваниям: гастрит; холецистит; желче-каменная болезнь; панкреатит. Эти болезни могут возникать попарно или по одной, но значительно ухудшают качество жизни ребенка.

1.4. Диагностика заболевания

Страдающие дискинезией желчевыводящих путей дети направляются педиатром на консультацию к детскому гастроэнтерологу. Для уточнения клинического диагноза и определения типа дискинезии желчевыводящих путей у детей проводится комплекс клинических, лабораторных, инструментальных исследований.

Основные исследований, применяющиеся при подозрении на дискинезию желчевыводящих путей: УЗИ желчного пузыря и протоков; УЗИ с усилением (прием пищи); зондирование 12-перстной кишки; гастроскопия (ЭГДС); рентгенологическое исследование (холецистография).

УЗИ позволяет увидеть желчный пузырь и протоки, оценить объем и структуру органов, рассмотреть наличие аномалий и патологических сужений. Более информативным способом обнаружить нарушение сокращения пузыря и протоков является ультразвуковое исследование с усилением. Изначально соблюдается трехдневная диета, которая оканчивается выполнением «чистого» УЗИ брюшной полости. С помощью исследования проводится оценка размеров объемов деформации, а также проводится осмотр на предмет наличия желчных камней и аномалий желчевыводящих путей.

После этого ребенок начинает принимать продукты, которые способствуют выбросу желчи в двенадцатиперстную кишку (меню может быть таким: пара бананов, шоколад, жирный йогурт, 10 граммов жирной сметаны или сливок), после этого врач может наблюдать, в какой последовательности и как работает продвижение желчи по путям.

Для определения сократительной способности желчного пузыря и состояние сфинктера Одди УЗИ желчного пузыря ребенку повторяется после приема провокационного завтрака.

Зондирование 12-перстной кишки требует размещения мягкого катетера в железе на длительное время. За этот период происходит несколько раз забор желчи. По характеру секрета можно определить наличие воспаления, найти личинки гельминтов, камни. Для исследования через зонд получают порцию содержимого кишки, которое является стандартной ее средой, состоящей из сока самой двенадцатиперстной кишки, поджелудочного сока и желчи. После этого в кишку вводится магnezия сульфат, которая заставляет желчный пузырь сокращаться, и в кишку поступает желчь из самого пузыря. Ее берут для исследований, после чего берут на анализ желчь, которая за это время стекла, и внутрипеченочных желчных ходов. Для установки диагноза дискинезия важно время, за которое происходит процесс получения второго анализа, после введения препарата, а после и третьего анализа. Важной информативной составляющей также является содержимое липидов, которые представлены в двух последних порциях .

При необходимости изучения морфологии и функции желчевыводящей системы проводится пероральная или внутривенная холецистография (холецистохолангиография), радионуклидная холесцинтиграфия, ретроградная холангиопанкреатография, МР-холангиография.

Холецистография – рентген органов ЖКТ (желудочно-кишечного тракта) с использованием контрастного вещества. В качестве контраста используют препараты йода перорально или инфузионно.

Холеангиография (осмотр внутрипеченочных протоков) и холецистография (осмотр внутрипеченочных желчных ходов) – это методы контрастной рентгенографии. При холецистографии пациент должен принять контрастное вещество перорально, после этого при помощи рентгена прослеживается путь контрастного вещества до его достижения желчного пузыря и после его выведения. Анализируется работа и последовательность сокращения сфинктеров желчного пузыря и протоков. При выполнении второго метода рентгеноконтрастное вещество вводится путем инъекции непосредственно в саму протоку, после чего на рентгенографическом аппарате врач наблюдает продвижение вещества по желчевыводящим путям.

Гастроскопия и рентген назначаются по показаниям и не всем. Они позволяют выявить аномалии развития структур, а также исследовать не только желчный пузырь, но и желудок, 12-перстную кишку.

С целью исключения других заболеваний ЖКТ ребенку может выполняться гастроскопия, анализ кала на гельминты, капrogramма, бакпосев на дисбактериоз, биохимическое исследование крови. В биохимическом анализе кровиможет наблюдаться повышение билирубина и холестерина, появление С-реактивного белка. Данные методы позволяют определить степень сохранности функций желчевыводящих путей, а также исследования, которые позволяют определить наличие в организме причины возможного возникновения заболевания – глистов.

Таким образом, можно сделать вывод, что наиболее распространенным основным методом диагностики дискинезии желчевыводящих путей является ультразвуковое исследование. С помощью УЗИ можно оценить анатомические особенности желчного пузыря и его путей, проверить наличие камней и увидеть воспаление. Своевременная диагностика нарушений функции желчевыводящих путей и правильное лечение детей в зависимости от типа выявленных нарушений позволяет предупредить формирование в дальнейшем воспалительных заболеваний желчного пузыря, печени, поджелудочной

железы и препятствует раннему камнеобразованию в желчном пузыре и почках.

1.5. Методы лечения

Основу продуктивного лечения детей с дискинезией желчевыводящих путей составляет диетическое питание с ограничением употребления жирного, жареного, острого, соленого, сладостей, газировки. Рекомендуется дробное (5-6 раз в день) питание, обогащение рациона продуктами с высоким содержанием растительной клетчатки, витаминов А, В, С, бифидо- и лактобактерий, растительными рафинированными маслами. Необходимо регулирование двигательного режима ребенка, создание благоприятного эмоционального фона. Во всех случаях следует уделять внимание терапии основного заболевания.

Детям с гиперкинетически-гипертоническим типом дискинезии желчевыводящих путей назначаются седативные препараты (фитосборы, валериану), спазмолитики для снятия болевых приступов (папаверин, дротаверин). Основу лечения гипертонически-гиперкинетической дискинезии желчевыводящих путей у детей составляют холеретики и холеспазмолитики (фламин, препараты сухой желчи). Хорошо зарекомендовали себя в терапии дискинезией желчевыводящих путей у детей психотерапия, акупунктура, физиотерапия (парафиновые аппликации, диатермия, индуктотермия, электрофорез со спазмолитиками), массаж шейно-воротниковой зоны.

При гипотонически-гипокинетической дискинезии желчевыводящих путей у детей назначаются процедуры стимулирующего характера: лечебная физкультура, гидротерапия, массаж.

Желчегонные средства делятся на холеретики и холекинетики. Холеретик и увеличивают концентрацию желчных кислот в желчи. К этой группе относятся препараты, содержащие компоненты бычьей желчи (фестал,

аллохол, холензим, лиобил и др.) и/или растительные стеролы, входящие в состав желчегонных трав, увеличивающие концентрацию органических анионов. Противопоказаниями к назначению холеретиков, в первую очередь содержащих компоненты желчи, являются гепатиты, циррозы печени, язвенная болезнь, эрозии слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, панкреатит, диарейный синдром. Холекинетики стимулируют сократительную функцию желчного пузыря и снижают давление в билиарной системе (серноокислая магнезия, многоатомные спирты, растительные препараты — фламин, берберин и др.) Многие лекарственные растения дают холеретический и холекинетический эффекты, как правило, с преобладанием одного из них. Высоко эффективным холекинетическим средством остаются тюбажи с различными стимуляторами. Часто применяется тюбаж с минеральной водой. Утром натощак страдающий заболеванием выпивает 100—150 мл теплой минеральной воды без газов (Боржоми, Ессентуки 4 и т.п.), после чего ложится на правый бок, под который подкладывает теплую грелку, и лежит в течение 45—120 мин. В минеральную воду могут добавляться дополнительные компоненты (сорбит, сульфат магния, соль Барбара и др.) Курс обычно состоит из 10 процедур, которые проводятся 1 раз в 3 дня. Физиотерапия при гиперкинетических и гипертонических нарушениях может включать электрофорез новокаина, парафиновые аппликации, общие радоновые или хвойные ванны, а при гипокинетических и гипотонических — электрофорез сульфата магнезии, фарадизацию, гальванизацию, диадинамические токи Бернара. В качестве дополнительных средств при внепеченочном холестазе могут быть назначены гепатопротекторы, обеспечивающие защиту клеток печени и протоков от повреждающего действия желчи в условиях гипертензии в желчевыводящих путях.

В последнее время значительное распространение получило понятие «билиарного сладжа», под которым подразумевается сгущение желчи с характерным изменением ее коллоидного состояния в виде жидкокристаллической формы, что может быть первой стадией развития

желчнокаменной болезни. Клинические состояния, способные привести к образованию билиарного сладжа, многообразны. К ним, в частности, относятся обменные нарушения, парентеральное питание (почти у 100% лиц, получающих полное парентеральное питание в течение 7 нед), низкокалорийные диеты (у 25—58% лиц, соблюдающих соответствующие диеты), гастрэктомия (до 42%), гемолитическая анемия, прием лекарственных препаратов, в том числе цефтриаксона (до 46%), октреотида (19—53%), препаратов кальция, гиполипидемических средств. В связи с тем, что в формировании билиарного сладжа важную роль играют как замедление моторики, так и изменения состава желчи, коррекция последнего представляется крайне важным для профилактики желчнокаменной болезни. Мощным антихолестатическим средством является урсодезокси-холевая кислота, а одним из наиболее эффективных и безопасных с точки зрения применения в педиатрической практике корректоров обменных процессов является комбинированный препарат хофитол.

Таким образом, дискинезии желчевыводящих путей являются важным звеном патогенеза при многих болезнях печени и билиарного тракта. Более того, они в свою очередь могут способствовать дальнейшему прогрессированию заболевания или переходу его на качественно новый уровень. В связи с этим коррекция дискинезий представляется важной задачей, решение которой, как правило, имеет комплексный характер.

1.6.Профилактика дискинезии желчевыводящих путей

Своевременная диагностика и адекватное лечение дискинезии с учетом ее типа позволяет нормализовать процессы желчеотведения и пищеварения, предупредить воспаление и раннее камнеобразование в желчевыводящих путях у детей. Для профилактики дискинезии желчевыводящих путей необходимы: правильная организация питания;устранение моментов, могущих вызывать у

невроз;своевременное выявление и лечение лямблиоза, глистной инвазии, заболеваний ЖКТ;санация хронических очагов инфекции. Дети с дискинезией желчевыводящих путей нуждаются в диспансерном наблюдении педиатра, детского невролога и гастроэнтеролога, контроле УЗИ, проведении курсов желчегонной терапии дважды в год, оздоровительном отдыхе в специализированных санаториях. Необходимо следить за питанием и режимом ребенка, его эмоциональным состоянием.

Особенностью лечения этого состояния у детей является то, что на первое место выходит диетотерапия. Специализированного рациона не предусмотрено, достаточно соблюдать рекомендации по правильному питанию. Они включают в себя минимизацию фаст-фуда, орешков, снеков, минеральной воды. Кроме этого, показано питание по требованию ребенка, по аппетиту. Не следует жестко придерживаться режимных моментов. Перекусы разными вкусностями – орешки, конфеты, булочки – под строгим запретом. Лучшим выбором в этом случае являются фрукты.

Подробнее рацион запрещенных и разрешенных продуктов представлен в (Таблица 2).

Таблица 2.

Рацион запрещенных и разрешенных продуктов при дискинезии желчевыводящих путей

Полностью исключить	Исключать в периоды обострений	Можно употреблять
жевательную резинку; алкоголь; холодные газированные напитки; острые блюда; мороженое; шоколад; сало любой птицы или животного; грибы; бобовые; сдобу; рыбные бульоны; консервы; жирные сорта рыбы и мяса; жареные блюда; соленые орешки; пшеничную кашу; чипсы; фаст-фуд; колбасу; мясные бульоны.	ржаной хлеб; хрен; острые соусы; щавель; редьку и редис; соленые продукты; грибные бульоны; горчицу; перец; лук.	соки свежесжатые и разбавленные водой;сладости: варенье, пастила, карамель, зефир, мармелад, мед; некрепкий чай; спелые и сладкие ягоды и фрукты; вчерашний хлеб; небольшое количество сливочного масла, при этом определенная его часть должна быть принята натошак в качестве бутерброда; оливковое и подсолнечное масло; галетное печенье; паровые омлеты и вареные яйца; нежирные кисломолочные продукты; овощи в отварном, тушеном и запеченном виде; каши на молоке или воде, рисовая гречневая; отварные, паровые и запеченные нежирные сорта рыбы, птицы и мяса; молочные супы с крупой; нежирные борщи.

Стоит отметить, что питание пациента должно быть дробным: в течение дня делать 5–6 приемов пищи.

Рекомендуемые кулинарные приемы – запекание, тушение, варка.

Рассмотрим примерное меню при дискинезии желчевыводящих путей.

Первый день.

Завтрак – овощной салат, рисовая молочная каша, чай, хлеб с маслом.

Второй завтрак – яблоко, запечённое или 250 мл фруктового сока.

Обед – овощной суп, запеченная куриная грудка, тушеная капуста, компот.

Полдник – печенье галетное, компот из сухофруктов.

Ужин – пшенная каша, отварная говядина, салат из отварной свеклы с растительным маслом, чай.

На ночь – стакан кисломолочного продукта.

Меню второго дня:

Завтрак – овсянка на воде, стакан ряженки. Второй завтрак – фруктовое пюре.

Обед – овощной суп, макаронные изделия, мясная запеканка на пару, зеленый чай, хлеб.

Полдник – творог с изюмом и курагой, сметаной.

Ужин – овощной салат, паровой омлет, чай. На ночь – стакан йогурта.

Итак, для профилактики дискинезии желчевыводящих путей у детей необходимо соблюдать следующие правила: полноценный ночной сон не менее 8 часов; ложиться не позже 11 часов вечера; чередовать умственный и физический труд; прогулки на свежем воздухе; полноценно питаться: употреблять больше растительной пищи, крупяных изделий, отварных животных продуктов, меньше – жареного мяса или рыбы; исключить психотравмирующие ситуации.

Цель сестринского ухода: способствовать выздоровлению, не допустить развитие осложнений. План ухода представлен ниже.

1. Обеспечить организацию и контроль над соблюдением лечебно-охранительного режима. Провести беседу с пациентом/родителями о заболевании и профилактике осложнений; объяснить пациенту/родителям о необходимости соблюдения постельного режима. Посещение туалета временно запрещено. Прием пищи и гигиенические процедуры в постели в положении сидя. Охрана ЦНС от избыточных внешних раздражителей. Создание режима щажения ЖКТ, обеспечение максимальных условий комфорта. Уменьшение боли. Удовлетворение физиологической потребности выделять продукты жизнедеятельности.

2. Организация досуга. Рекомендовать родителям принести любимые книжки, игрушки.

3. Создание комфортных условий в палате. Контролировать проведение влажной уборки и регулярного проветривания; регулярность смены постельного белья; соблюдение тишины в палате.

4. Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий, и приеме пищи. Провести беседу с пациентом и/или родителями о необходимости соблюдения личной гигиены; рекомендовать родителям принести зубную пасту, расческу, чистое сменное белье; контролировать и оказывать помощь ребенку при проведении гигиенических мероприятий.

5. Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением диеты. Проведение беседы с пациентом и/или родителями об особенностях питания, о необходимости соблюдения диеты; рекомендовать родителям приносить для питья: минеральные воды.

6. Выполнять назначения врача. Раздача лекарственных препаратов индивидуально в назначенной дозе, регулярно по времени; объяснить пациенту и /или родителям о необходимости приема лекарственных препаратов; провести беседу о возможных побочных эффектах лекарственных препаратов; провести беседу с пациентом и/или родителями о необходимости проведения назначенных лабораторных исследований; научить маму/пациента правилам сбора мочи, кала; перед каждым инструментальным исследованием провести

психологическую подготовку ребенка/родителей объяснить цели и ход проведения исследования, научить ребенка правилам поведения, сопроводить на исследование.

7. Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией пациента на лечение. Контроль аппетита, сна; выявление жалоб; измерение температуры тела утром и вечером; контроль физиологических отправлений; при ухудшении общего состояния срочно сообщить лечащему или дежурному врачу.

При правильной организации сестринского ухода выздоровление ребенка наступает в установленные сроки, пациент выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение гастроэнтеролога/участкового педиатра в детской поликлинике. Пациент и его родители должны знать об особенностях режима дня и диеты, которые должен соблюдать ребенок после выписки из стационара, о необходимости диспансерного учета и строгом соблюдении всех рекомендаций.

Проанализировав данные литературных источников по выбранной проблеме, можно сделать вывод, что дискинезия желчевыводящих путей относится к функциональным нарушениям, приводящим к ухудшению оттока желчи в 12-перстную кишку. Чаще встречается гипертоническая форма. Основными причинами развития заболевания является нарушение нервной регуляции желчного пузыря, пищевая аллергия, паразитарные инфекции, нерегулярное питание, погрешности в питании, язвенная болезнь и воспалительные заболевания кишечника. Основными проявлениями ДЖВП является боль в правом подреберье, тошнота, горечь во рту. Основным методом инструментального исследования является ультразвуковое. Лечение должно быть комплексным, включающим устранение причин заболевания, санация хронических очагов инфекции, организация возрастного режима дня и питания, устранение фактора длительного стресса лекарственную и физиотерапию, а так же продукты питания подбираются в зависимости от формы заболевания. Показано санаторно-курортное лечение.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

2.1. Организационная характеристика детской консультации «Тавровская врачебная амбулатория»

Врачебная амбулатория села Таврово располагается и включает в свою структуру детскую консультацию, которая обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям до 17 лет включительно. Оказание медицинской помощи предусмотрено непосредственно в детской консультации, на дому, в детских дошкольных учреждениях и школах.

В структуру детской Тавровской амбулатории входят: лечебно-профилактическое отделение, с кабинетами педиатров, здорового ребенка, прививочный и процедурный кабинеты; физиотерапевтический кабинет; лаборатория; отделение лечебно-профилактической помощи организованному населению (дошкольное и школьное отделения); информационно-аналитическое отделение – регистратура и кабинет статистики; дневной стационар.

Ежедневно амбулатория принимает от 250 до 270 человек в день.

Основными задачами деятельности детской консультации является:

- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий (профилактические осмотры, диспансеризация в установленном порядке, патронажи, формирование здорового образа жизни);

- проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий (иммунопрофилактика, своевременное выявление инфекционных заболеваний и предотвращение их распространения);

- оказание лечебно-консультативной помощи на дому и в детской консультации, в том числе направление детей на лечение в стационар больницы и на восстановительное лечение в санатории и оздоровительные лагеря;

- обеспечение лечебно-профилактической работы в дошкольных и школьных учреждениях.

Основные разделы профилактической работы участковой медицинской сестры детской консультации:

- патронажи к беременным (совместно с женской консультацией);

- патронажи к новорожденным и детям первого года жизни;

- прием в детской консультации в день здорового ребенка с выполнением антропометрии, оценкой физического и нервно-психического развития детей, консультирование по рациональному питанию, режиму дня ребенка, специфической и неспецифической профилактике дискинезии желчевыводящих путей у детей.;

- осуществление профилактического наблюдения за детьми согласно рекомендациям врача;

- планирование профилактических прививок (совместно с педиатром);

- динамическое наблюдение за детьми, состоящими на диспансерном учете (приглашение на прием, согласно графику диспансеризации, консультирование по вопросам питания, режима и ухода за пациентом);

- организация оздоровительных и профилактических мероприятий детям перед поступлением в детское образовательное учреждение.

Статистические данные детской Тавровской амбулатории в данной работе использовались для анализа профессиональной деятельности медицинских сестер педиатрического участка, а также оценки качества оказываемой ими медицинской помощи и профилактических мероприятий.

2.2. Анализ статистических данных дискинезии желчевыводящих путей на примере «Тавровская врачебная амбулатория»

Общая численность детского населения, обслуживаемая в детской консультации детской Тавровской амбулатории, за 2018 год составляет

2602ребенок, из них 904 ребенка – это дети грудного и раннего возраста, нуждающиеся в особом внимании со стороны медицинского персонала (Таблица 3, Рис.1).

Таблица 3.

Численность детского населения «Тавровская врачебная амбулатория» за период 2014-2018 гг.

Год	Общая численность детского населения
2014	2511
2015	2589
2016	2694
2017	2724
2018	2602

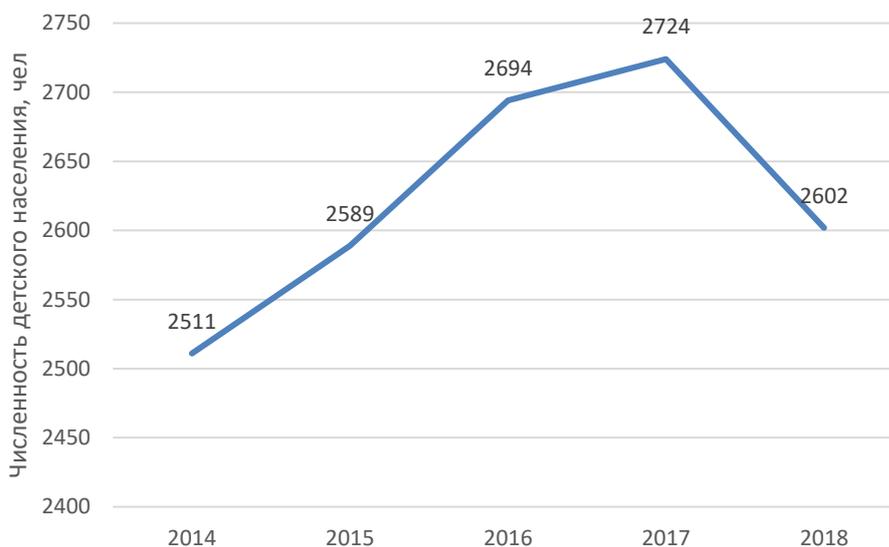


Рис. 1. Динамика численности детского населения за период 2014-2018 гг.

По кривой графика понятно, что количество детей, получающих медицинскую помощь в Тавровской врачебной амбулатории, с каждым годом увеличивается, что соответственно увеличивает нагрузку на профессиональную деятельность медицинской сестры.

Анализируя профессиональную нагрузку участковой медицинской сестры, рассмотрены средние цифры количества детей на педиатрическом участке (Таблица 4, Рис.2).

Таблица 4.

Численность детей, обшуживающихся на педиатрическом участке по возрастным группам в «Тавровская врачебная амбулатория» за период 2014-2018 гг.

Год	Общая численность детского населения	Среднее число детей на педиатрическом Участке
2014	2511	837
2015	2589	863
2016	2694	898
2017	2724	908
2018	2602	867

Удельный вес численности детского населения консультации «Тавровская врачебная амбулатория» за период 2014-2018 гг. представлен на (Рис. 2).



Рис. 2. Удельный вес численности детского населения детской консультации «Тавровская врачебная амбулатория» за период 2014-2018 гг

В структуре общей заболеваемости детей до 14 лет за 2018 год болезней органов дыхания 1289,52 случаев, в 2017 г. – 1346,43. Что составляет 60,4% от общего числа. Болезней желудочно-кишечного тракта в 139,87 в 2018 году, в 2017 г. – 135,5, что составляет 6,6%. Заболевания нервной системы в 2018г , 105,17, в 2017 г. – 77,29 человек (4,9%) (рис.3).



Рис. 3. Структура заболеваемости детей до 14 лет за 2017 - 2018 гг.

Как видно на гистограмме болезни органов дыхания преобладают над болезнями желудочно-кишечного тракта и нервной системы. Однако, заболеваемость желудочно-кишечного тракта остается на высоких цифрах.

Детальный анализ болезней желудочно-кишечного тракта у детей, наблюдавшихся в детской консультации «Тавровской врачебной амбулатории» за период 2014-2018 гг. показал следующие результаты (Таблица 5, Рис.4).

Таблица 5.

Численность болезней желудочно-кишечного тракта у детей за период 2014-2018 гг. по данным «Тавровской врачебной амбулатории»

Год	Болезни желудочно-кишечного тракта						Всего
	Болезни пищевода	Острые заболевания брюшной полости	Болезни желчных путей, в т.ч. дискинезия желчевыводящих путей	Болезни печени	Болезни системы пищеварения	Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	
2014	8	26	28	11	16	25	114
2015	8	29	31	14	16	24	122
2016	10	33	34	16	19	19	131
2017	10	36	35	18	20	15	134
2018	11	34	37	17	22	18	139
Итого	47	158	165	76	93	101	

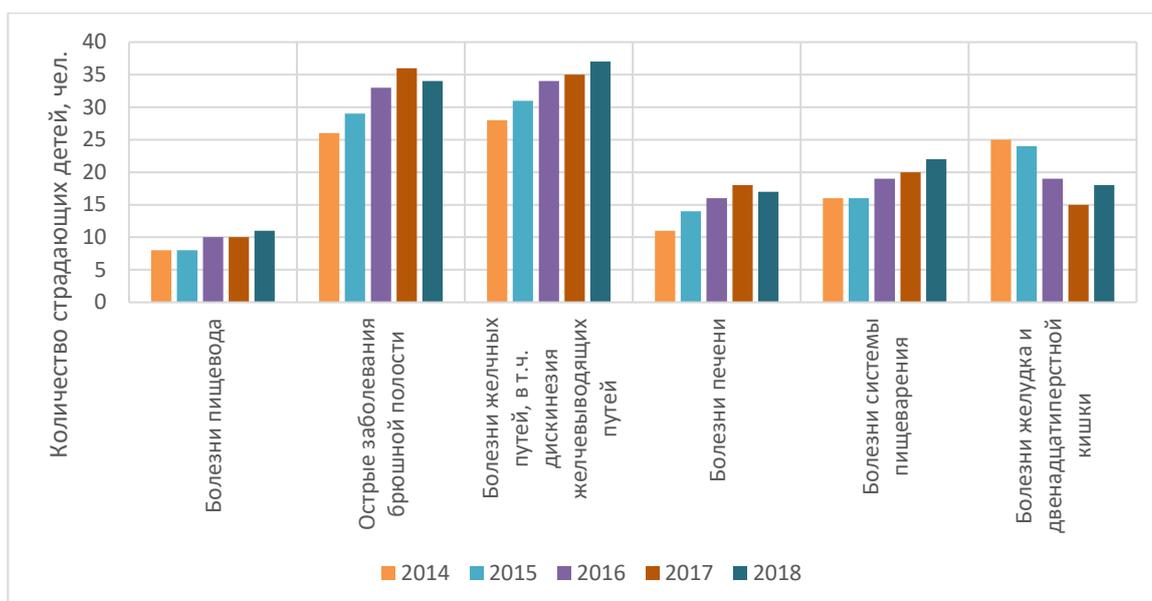


Рис. 4. Распределение численности заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей за период 2014-2018 гг.

Как видно из данных гистограммы, среди заболеваний желудочно-кишечного тракта наиболее распространены заболевания желчевыводящих путей, в том числе и дискинезии желчевыводящих путей с ежегодным увеличением числа заболевших.

Изучая статистические данные тавровской врачебной амбулатории по заболеваемости дискинезией желчевыводящих путей в соответствии возрастному показателю, получены следующие данные (Таблица 6, Рис.5).

Таблица 6.

Заболеваемость дискинезией желчевыводящих путей по возрастному показателю

Год	0-12 мес.	1-6 лет	7-14 лет	15-17 лет	Всего
2014	5	4	12	2	23
2015	6	7	16	2	31
2016	6	8	18	2	34
2017	6	9	19	1	35
2018	7	8	21	1	37
Итого	30	36	86	8	160

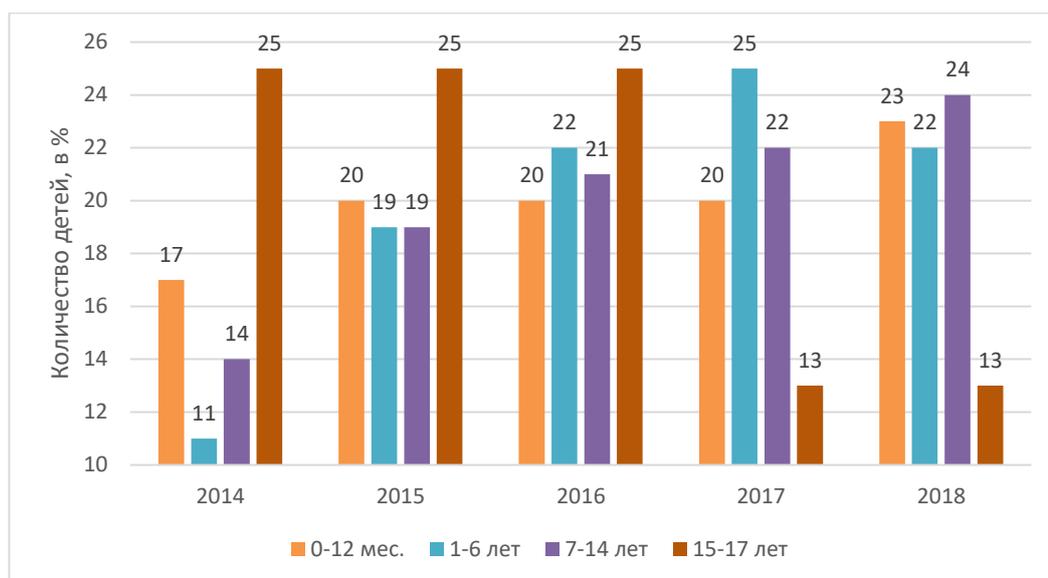


Рис. 5. Заболеваемость дискинезией желчевыводящих путей по возрастному показателю

По данным гистограммы понятно, что высокая заболеваемость дискинезией желчевыводящих путей у детей в возрасте от 7-14 лет и показатель заболеваемости ежегодно увеличивается.

Подводя итог по анализу статистических данных детской консультации «Тавровской врачебной амбулатории» в период 2014-2017 гг, можно сделать следующие выводы:

1. Болезни желудочно-кишечного тракта занимают 7% от общей заболеваемости детей. За период 2017 - 2018 гг. показатель увеличился на 3,12% у детей 0-14 лет, у детей подросткового возраста (15–17 лет) на 2,85%.
2. Анализ статистических данных больницы показал, что в основном заболеваемость дискинезией желчевыводящих путей приходится на детей младшего и дошкольного возраста от 7 до 14 лет.

2.3. Исследование «Оценка уровня информированности родителей по вопросам профилактики дискинезии желчевыводящих путей в детском возрасте на примере «Тавровская врачебная амбулатория»

Одной из целей данной работы являлось выявление уровня информированности родителей о дискинезии желчевыводящих путей у детей и исследование профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике данного заболевания.

Была разработана анкета (приложение 2), позволяющая выявить информированность родителей о дискинезии желчевыводящих путей у детей и профилактическую деятельность медицинских сестер. В опросе приняло участие 25 человек.

Респондентами выступили родители детей, наблюдающиеся в детской консультации «Тавровской врачебной амбулатории».

По итогам анкетирования было выявлено, что из детей, страдающих дискинезией желчевыводящих путей, первого года жизни 7% девочки, 4% – мальчики; от 1 года до 6 лет: 16% – девочек, 7% – мальчиков; дети от 7 до 14 лет: 33% – девочек, 20% – мальчиков, от 15 до 17 лет – 11% – девочек, 2% – мальчиков (Рис.6).

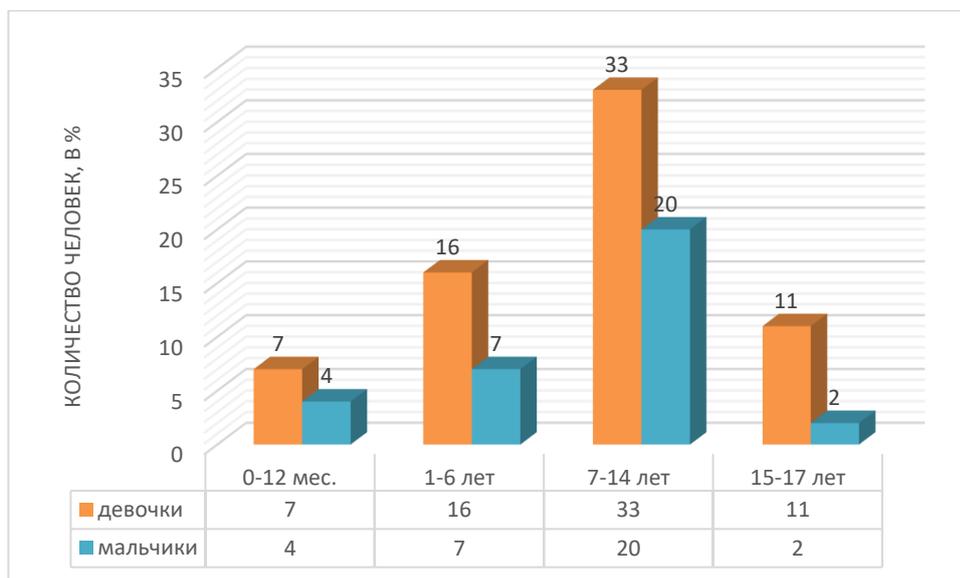


Рис. 6 Распределение респондентов по полу и возрасту

Из диаграммы следует, что большую часть страдающих дискинезией желчевыводящих путей составляют дети от 7 до 14 лет.



Рис. 7. Процентное соотношение респондентов по полу

Как видно из (Рис. 7), процентное соотношение распределения страдающих дискинезией желчевыводящих путей отмечено в пользу девочек. 67% девочек и 33% мальчиков.

Исследование основных причин возникновения дискинезии желчевыводящих путей у детей, позволило выяснить что:

- 4% родителей считают, что причиной возникновения состояние экологии района;
- 11% респондентов назвали главной причиной стрессовые ситуации в семье;
- 15% указали стрессы в школе;
- 13% голосов отдано за заболевания желудочно-кишечного тракта;
- Частые ОРВИ были у 15% опрошенных;
- Пороки и аномалии развития желчевыводящей системы у 4%;
- 29% родителей считают алиментарный фактор (дефекты питания, насильственное кормление, переедание) причиной заболевания дискинезией желчевыводящих путей у их ребенка.

Результаты исследования представлены на (Рис. 8).



Рис.8. Основные причины возникновения дискинезии желчевыводящих путей у детей

На здоровье человека, в особенности детей значительное влияние оказывает экология. Для информированности родителей нами задан вопрос о состоянии экологии района и считают ли родители экологию одной из причин возникновения дискинезии желчевыводящих путей у ребенка? Результаты приведены на (Рис. 9).

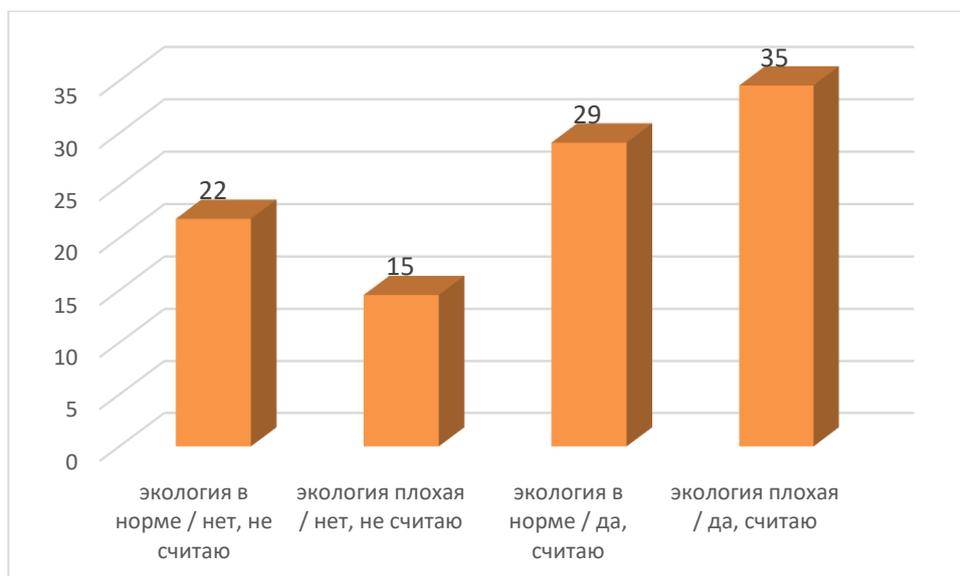


Рис.9. Влияние экологии на возникновения дискинезии желчевыводящих путей

Из рис. 9 видно, что большинство опрошенных считают, что экология влияет на возникновение дискинезии желчевыводящих путей. Причем, 35%

говорят о плохой экологии в их местности, 29% считают экологию района проживания в норме.

У родителей также узнали, какой образ жизни ведет их ребенок. На рис. 10 представлены результаты исследования данного вопроса. (Рис.10)

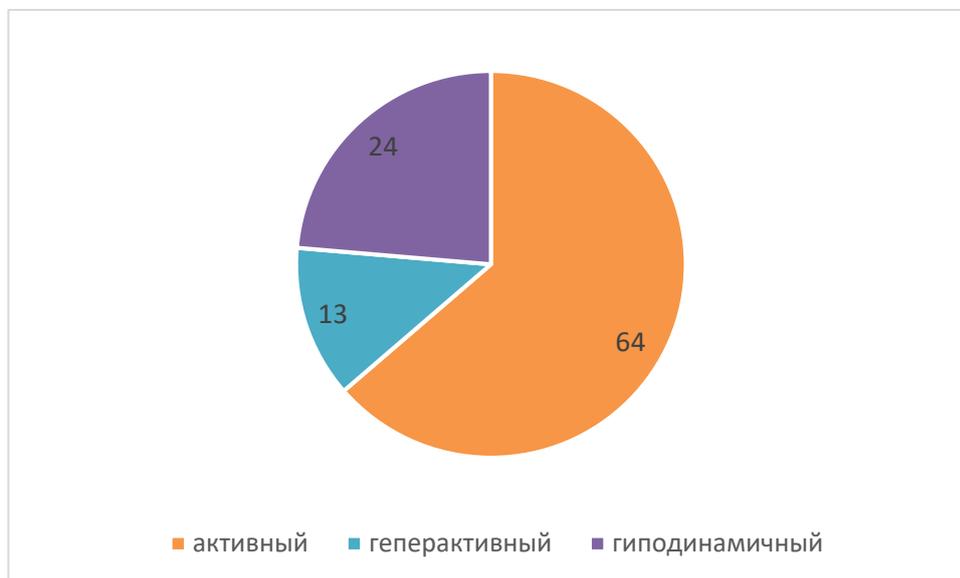


Рис.10. Образ жизни детей

На рис. 10 показано, что 64% (35 респондентов) ответили, что их ребенок ведет активный образ жизни. 24% (13 респондентов) – гиподинамичный, малоактивный образ жизни, и 13% (7 респондентов) считают, что их ребенок гиперактивный.

Как известно, питание при дискинезии желчевыводящих путей и ее профилактики играет важную роль. Поэтому нами предложен следующий вопрос: «Рационально ли питается ли Ваш ребенок?» (рис. 11). Так 45% ответили, что их ребенок получает рациональное питание, 36% высказались о том, что не всегда соблюдают правила питания, и 18% питаются нерационально. (Рис.11)

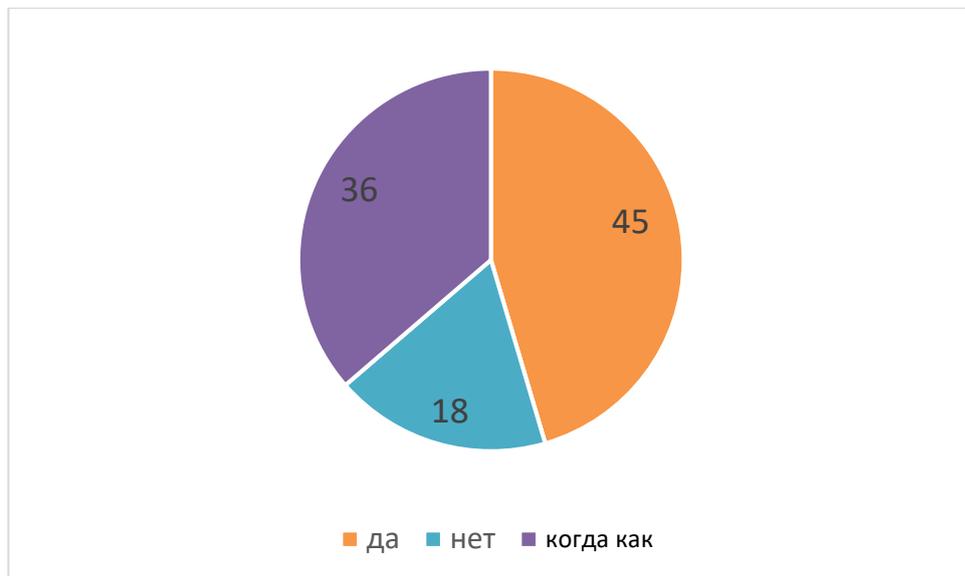


Рис.11. Рациональное питание у детей

Известно, что наиболее распространенным основным методом диагностики дискинезии желчевыводящих путей является ультразвуковое исследование. С помощью УЗИ можно оценить анатомические особенности желчного пузыря и его путей, проверить наличие камней и увидеть воспаление. Своевременная диагностика нарушений функции желчевыводящих путей и правильное лечение детей в зависимости от типа выявленных нарушений позволяет предупредить формирование в дальнейшем воспалительных заболеваний желчного пузыря, печени, поджелудочной железы и препятствует раннему камнеобразованию в желчном пузыре и почках.

В связи с этим, изучен вопрос о частоте посещения гастроэнтеролога и прохождения ультразвукового исследования. Результаты представлены на диаграмме 12. Из рис. видно, что мнения родителей разделяются о необходимости данного вопроса. 36% считают, что посещают гастроэнтеролога регулярно, в тоже время также 36% игнорируют поход к врачу. 27% родителей отводят к специалисту не систематически. (Рис.12)

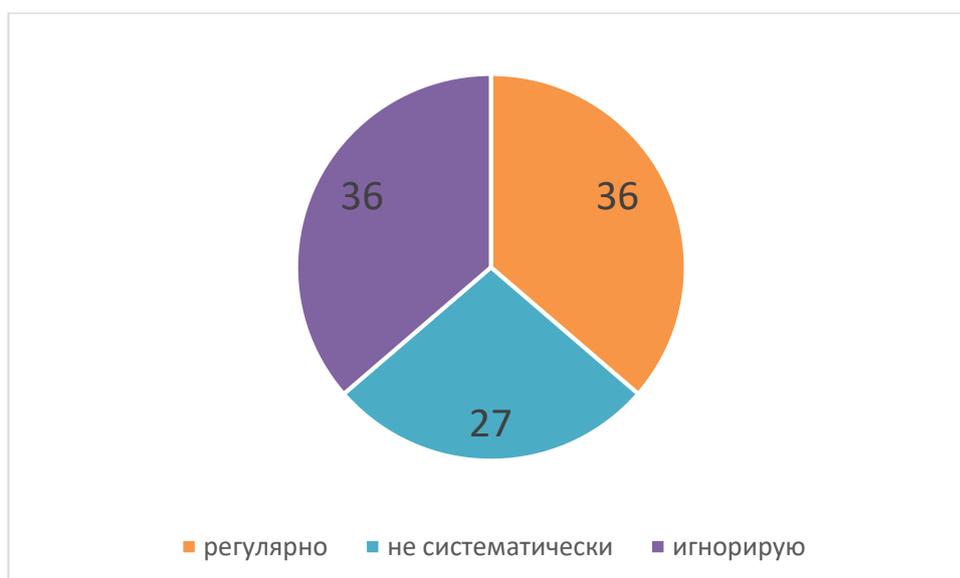


Рис.12. – Частота посещения гастроэнтеролога и прохождение УЗИ исследования

На основании проведенного социологического исследования можно сделать вывод, что большую часть респондентов, страдающих дискинезией желчевыводящих путей, составляют дети в возрасте от 7 до 14 лет, из них большая часть – это девочки, в анамнезе которых имеются предрасположенность к частым простудным заболеваниям, испытывали стрессовые ситуации, и с нарушениями в питании.

Экология влияет на возникновение дискинезии желчевыводящих путей, причем 35% опрошенных говорят о плохой экологии в их местности. Достаточно высокий процент детей (24%), ведущих гиподинамичный, малоактивный образ жизни. Следовательно, тут можно порекомендовать медсестрам больше уделить информации о различных видах спорта, секциях, упражнениях, способствующих укреплению физической формы.

Также наблюдается большой процент детей (36%), которые не всегда соблюдают правила питания. Исходя из этого, можно порекомендовать устраивать различные семинары, мастер-классы для родителей по приготовлению легкой, полезной еды для детей.

Не мало важным фактором является своевременное выявление дискинезии желчевыводящих путей. Для этого необходимо систематически

посещать гастроэнтеролога. Но огромное количество родителей игнорируют поход к врачу. Следовательно, медсестрам в детской консультации «Тавровской врачебной амбулатории» можно порекомендовать осветить данный опрос более детально.

Для определения качества работы медицинских сестер нами был предложен следующий вопрос: «Знаете ли Вы признаки, появление которых характерно для дискинезии желчевыводящих путей?». Так 75% (41 респондент) ответили, что имеют достаточно знаний о данной заболевании, 18% (10 респондентов) – не достаточно осведомлены о дискинезии желчевыводящих путей, 7% (4 респондента) – ничего не знают о данном заболевании (Рис. 13).



Рис. 13 –Осведомление о признаках, появление которых характерно для дискинезии желчевыводящих путей

На вопрос: «Каким образом Вы (Ваш ребенок) были осведомлены о причинах и профилактике дискинезии желчевыводящих путей?» (рис. 14). 69% родителей ответили, что были информированы медсестрой о причинах и профилактике дискинезии желчевыводящих путей. 27% слышали информацию от членов семьи, 4% респондентов получили информацию от других больных. (Рис.14)



Рис. 14 Осведомление о причинах и профилактике дискинезии желчевыводящих путей

О информированности медицинской сестрой родителей, о возможных осложнениях дискинезии желчевыводящих путей можно судить по рис. 15. Согласно рис. 73% родителей были информированы медсестрой о возможных осложнениях дискинезии желчевыводящих путей. Но есть большой процент респондентов (27%), которые не получили информации. (Рис. 15)

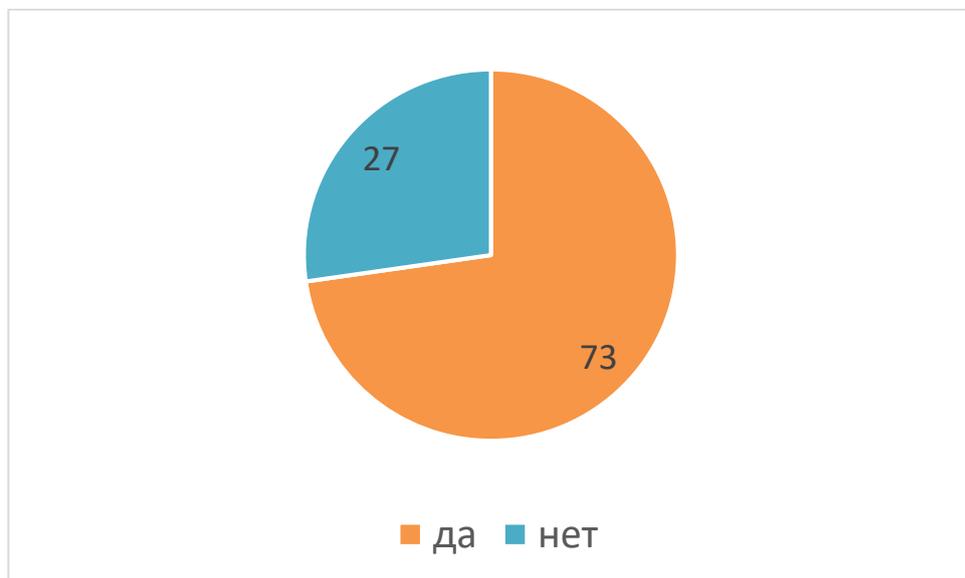


Рис. 15 Информированность родителей о возможных осложнениях дискинезии желчевыводящих путей

Донесение медицинской сестрой родителям информации о рационах запрещенных и разрешенных продуктов можно видеть на (Рис. 16).

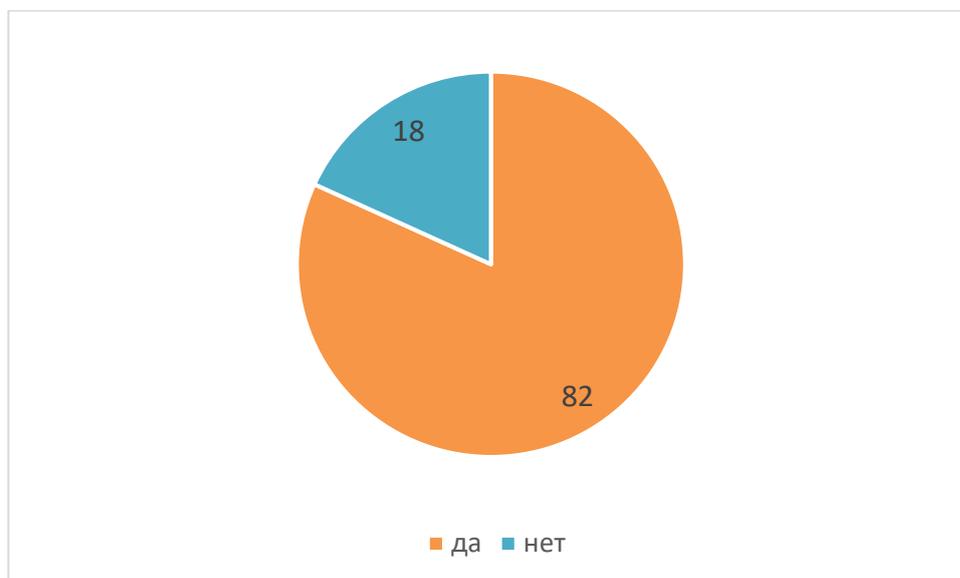


Рис. 16 – Информирование медицинской сестрой о рационах запрещенных и разрешенных продуктов

Из (Рис. 16) видно, что медицинские сестры хорошо справляются с данной работой. 82% опрошенных (45 человек) ответили, что были информированы медицинской сестрой о рационах запрещенных и разрешенных продуктов, лишь 18% (10 человек) не получили данной информации.

Следовательно, необходимо усилить профилактические беседы, распространить информацию в виде листовок, сделать плакаты на стенды в поликлинике.

Важным является инструктаж медицинской сестрой о формах и клинических проявлениях дискинезии желчевыводящих путей, и правилах первой помощи. Поэтому в анкете предложен такой вопрос. Знают ли родители формы дискинезии желчевыводящих путей, что основными проявлениями у детей служат болевой синдром. Главный симптом, который испытывает ребенок – боль в правом подреберье. Сопутствующий признак дискинезии – тяжесть в этой области. Информированы ли родители о правилах первой

помощипроявлениях дискинезии желчевыводящих путей. Результаты исследования представлены на (Рис. 17).

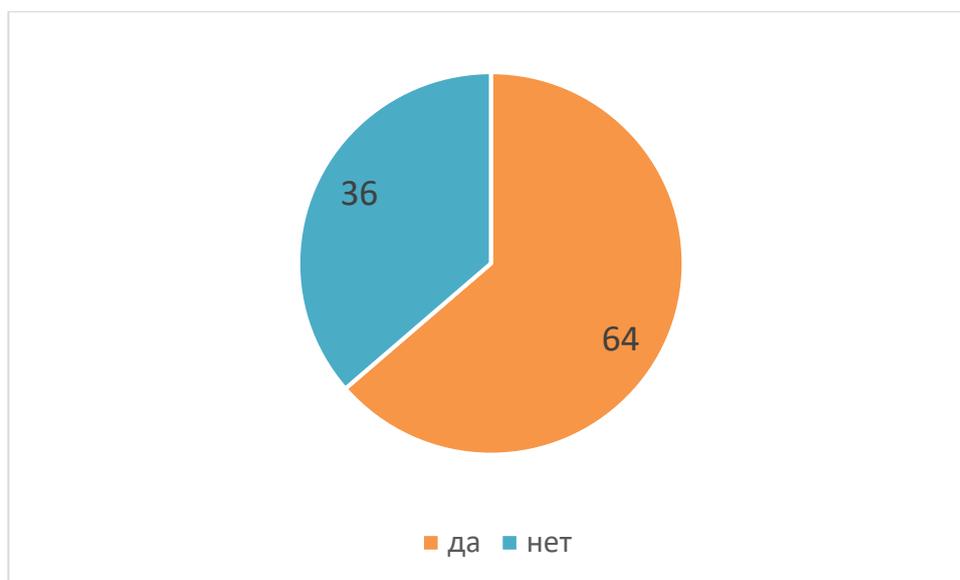


Рис. 17 – Информирование медицинской сестрой о формах и клинических проявлениях дискинезии желчевыводящих путей, правилах первой помощи

Согласно рис.17 64% родителей были информированы медсестрой о клинических проявлениях дискинезии желчевыводящих путей. Достаточно высокий процент респондентов (36%), которые не получили информации о правилах первой помощи, формах и клинических проявлениях дискинезии желчевыводящих путей.

Следовательно, необходимо более детально разобрать данную тему на семинарах, на занятиях с родителями.

Важнейшей частью работы участковой медицинской сестры является санитарно-просветительская и разъяснительная работа среди пациентов вверенного ей вместе с врачом участка. В обязанности участковой медсестры входит оценка гигиенического состояния наблюдаемых на дому пациентов, обучение их самих и их родственников грамотному уходу и самоуходу.

Важно, чтобы пациент, имеющий хроническое заболевание, знал, как себя вести при возникших симптомах, а при необходимости вовремя вызвал врачебную помощь. Медицинская сестра должна терпеливо разъяснять пациенту, насколько важно соблюдать здоровый образ жизни, если назначено

врачом — принимать определенные препараты. При этом подчеркивать, что только так можно избежать обострения заболевания или каких-либо осложнений.

Роль медсестры в профилактике дискинезии желчевыводящих путей заключается в выполнении деятельности в 2 направлениях: в образовательном, нацеленном на формирование навыков здорового образа жизни; в оздоровительном, включающем в себя оценку уровня здоровья и разработку индивидуальных оздоровительных программ.

Образовательное направление реализуется в медицинском учреждении «Тавровская врачебная амбулатория» благодаря проведению санитарно-просветительской работы. Медсестры подготавливают наглядные материалы (памятки, плакаты, брошюры) по профилактике дискинезии желчевыводящих путей. Для родителей и пациентов организовываются школы здоровья, в которых специалисты рассказывают о правильном питании, вредных продуктах, пропагандируют здоровый образ жизни. Оздоровительное направление затрагивает как взрослых, так и детей.

Профилактика дискинезии желчевыводящих путей у детей проводится в детских поликлиниках с раннего возраста. Ее сущность заключается в динамическом наблюдении за ростом и развитием малышей и выдаче рекомендаций родителям.

На основании проведенного исследования выяснено, что медицинские сестры проводят профилактические беседы с пациентами и их родителями.

Медсестры достаточно качественно выполняют свою работу, но некоторые вопросы оказались недостаточно освещенными и донесенными до родителей и их детей. Поэтому можно порекомендовать усилить медицинское просвещение в учреждении «Тавровская врачебная амбулатория».

Задача санитарного просвещения - это повышение санитарной культуры населения, что имеет большое значение для формирования здорового образа жизни, для охраны и укрепления здоровья.

Цели медицинского просвещения:

- пропаганда гигиенических знаний;
- пропаганда здорового образа жизни, навыков и форм поведения, направленных на
- сохранение и укрепление здоровья;
- популяризация общемедицинских знаний в целях раннего обращения и диагностики заболеваний;
- привитие практических навыков по оказанию само-и взаимопомощи при травмах и заболеваниях.

Методы просветительной деятельности в медицинской практике:

- индивидуальное воздействие (личная беседа);
- групповое воздействие (дискуссии, лекции, групповые беседы, вечера вопросов и ответов);
- методы массовой информации (санбюллетени, памятки, доски вопросов и ответов и т.д.).

Министерством здравоохранения РФ установлено, что ежемесячно для пропаганды медицинских знаний предусматривается не менее 4 часов рабочего времени каждого врача и среднего медицинского работника.

Для выполнения работы по санитарному просвещению населения требуются определенные знания и навыки.

Обязательным условием эффективности просветительной деятельности является:

- целенаправленность
- плановость
- непрерывность проведения.

Она должна планироваться на год (или другой временный период) и согласовываться с вышестоящим административным звеном здравоохранения.

Эффективность санитарного просвещения во многом зависит от учета особенностей аудитории, ее интересов, культурного уровня, возраста и т. п.

Метод устной пропаганды является наиболее эффективным. Это самый популярный, экономичный, простой и доступный в организационном отношении метод.

В практике здравоохранения большую роль играет печатный метод санитарно-просветительной пропаганды.

Из средств печатной пропаганды желательно в лечебно-профилактических учреждениях использовать: научно-популярные брошюры, лозунги, листовки и памятки, санбюллетени и доски вопросов и ответов.

Правильно разработанный и оформленный санбюллетень - хорошее средство пропаганды медицинских и гигиенических знаний.

Однако, в целях повышения уровня удовлетворенности респондентов профилактической работой среднего медицинского персонала, следует обратить внимание не только на подачу информации пациентами, но и на понимание ими проблемы профилактических мер дискинезии желчевыводящих путей.

На основании выводов социологического исследования разработаны предложения – рекомендации для медицинских сестер педиатрических участков детской консультации «Тавровской врачебной амбулатории».

- Разработать информационные буклеты и брошюры аргументами в пользу профилактики дискинезии желчевыводящих путей (приложение 3);
- На сайте «Тавровской врачебной амбулатории» расположить информацию по профилактике дискинезии желчевыводящих путей у детей и популяризировать его адрес.
- Проводить просветительские- профилактические беседы с родителями о правильной организации питания; устранение моментов, которые могут вызывать невроз; обеспечивать полноценный ночной сон не менее 8 часов, чередовать умственный и физический труд дважды в

год своевременно делать обследования у детского невролога и гастроэнтеролога.

- Проводить в школах беседы с детьми о рациональном питании, минимизации фаст-фуда, орешков, снеков, минеральной воды.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние годы возрос интерес исследователей к проблемам функциональных расстройств, особенно желудочно-кишечного тракта у детей и в первую очередь таких, как дискинезия желчевыводящих путей.

В результате исследовательской работы были выполнены все поставленные задачи:

1. проведен анализ литературных источников по вопросу заболеваемости дискинезии желчевыводящих путей у детей;

2. определены общие принципы организации амбулаторно-поликлинической педиатрической службы, на примере детской консультации «Тавровская врачебная амбулатория»;

3. проведен анализ профессиональной деятельности медицинских сестер детской консультации «Тавровская врачебная амбулатория» по вопросу профилактики дискинезии желчевыводящих путей;

4. разработаны рекомендации по профилактике дискинезии желчевыводящих путей для медицинских сестер «Тавровской врачебной амбулатории».

На основании проведенного социологического исследования можно сделать вывод, что большую часть респондентов, страдающих дискинезией желчевыводящих путей, составляют дети в возрасте от 7 до 14 лет, из них большая часть – это девочки, в анамнезе которых имеются предрасположенность к частым простудным заболеваниям, испытывали стрессовые ситуации, и с нарушениями в питании.

Достаточно высокий процент детей (24%), ведущих гиподинамичный, малоактивный образ жизни. Следовательно, тут можно порекомендовать медсестрам больше уделить информации о различных видах спорта, секциях, упражнениях, способствующих укреплению физической формы.

Также наблюдается большой процент детей (36%), которые не всегда соблюдают правила питания. Исходя из этого, можно порекомендовать

устроить различные семинары, мастер-классы для родителей по приготовлению легкой, полезной еды для детей.

Немало важным фактором является своевременное выявление дискинезии желчевыводящих путей. Для этого необходимо систематически посещать гастроэнтеролога. Но огромное количество родителей игнорируют поход к врачу. Следовательно, медсестрам в детской консультации «Тавровской врачебной амбулатории» можно порекомендовать осветить данный опрос более детально. Необходимо усилить профилактические беседы, распространить информацию в виде листовок, сделать плакаты на стенды в поликлинике.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азатян К.А. Физиотерапия при дискинезии желчевыводящих путей у детей [Текст]: II межвузовская научно-практическая конференция «Молодежь и медицинская наука». М.– 2014. – С.7-9.
2. Баранов, А.А. Болезни детей раннего возраста [Текст]: руководство для врачей и студентов / А.А. Баранов. – Иваново: Вестник, 2015. – 346 с.
3. Берман, Р.Е. Педиатрия [Текст]: руководство, пер. с англ. / Р.Е. Берман, В.К. Воган. – М.: Медицина, 2015. – 558 с.
4. Блум С. Справочник по гастроэнтерологии и гепатологии [Текст]: С. Блум, Д. Вебстер. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 592 с.
5. Болотова С.Б. Причины возникновения и лечение дискинезии желчевыводящих путей у детей [Текст]: Современные тенденции развития науки и технологий. – 2016. – №7-3. – С.22-24.
6. Валенкевич Л.Н. Гастроэнтерология в перинатрии: монография [Текст]: М.: Медицина, 2013. – 234 с.
7. Гастроэнтерология: справочник [Текст]: под ред. проф. А. Ю. Барановского. – СПб.: Питер, 2013. – 512 с.
8. Гончарик И.И. Болезни желудка и кишечника [Текст]: И.И. Гончарик. – М.: Высшая школа, 2013. – 160 с.
9. Детская гастроэнтерология: рукопись для врачей [Текст]: под ред. Н. П. Шабалова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 760 с.
10. Дзедбисова М.Х. Фармакогностический анализ сбора для лечения дискинезии желчевыводящих путей [Текст]: М.Х. Дзедбисова, З.Р. Бароева, Р.Д. Кусова // Современные наукоемкие технологии. – 2014. – №7-2. – С.86.
11. Дискинезия желчевыводящих путей — симптомы и лечение [Электронный источник] // Медицинская энциклопедия. Режим доступа: <http://simptomy-lechenie.net/diskineziya-zhelchevyvodyashhix-putej> (дата обращения: 10.11.2018).

12. Дискинезия желчевыводящих путей, симптомы и схема лечения у взрослых [Электронный источник]. Режим доступа: <https://medsimptom.org/diskineziya-zhelchevyvodyashhih-putej> (дата обращения: 1.11.2018).
13. Дискинезия желчевыводящих путей: симптомы, лечение [Электронный источник]. Режим доступа: <http://doctoroff.ru/diskineziya-zhelchevyvodyashchih-putej> (дата обращения: 11.11.2018).
14. Дискинезия желчных путей — причины и признаки [Электронный источник]. Режим доступа: <https://sovdok.ru/?p=1043> (дата обращения: 29.10.2018).
15. Заболевания билиарной системы у детей: дискинезии желчевыводящих путей, хронический холецистит, желчекаменная болезнь: методическая разработка [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://stgmu.ru/userfiles/depts/faculty_pediatrics/Metodicheskie_posobiya/SD/12_MRS_Patologiya_biliarnoj_sistemy.pdf (дата обращения: 12.10.2018).
16. Иванова О.Н. Дискинезии желчевыводящих путей у детей [Текст]: О.Н. Иванова, О.Н. Березкина // Современные наукоемкие технологии. – 2014. – №6. – С.79-80.
17. Исаева, Л.И. Стандарт деятельности медицинской сестры в педиатрии [Текст] / Л.И. Исаева. – М.: АНМН, 2014. – 966 с.
18. Калугина М.С. Оценка психофизиологического статуса у детей с дискинезией желчевыводящих путей по гипотоническому типу [Текст]: М.С. Калугина, О.В. Сидорович, С.Ю. Елизарова // Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 1-1. – С. 121.
19. Кильдиярова Р.Р. Наглядная детская гастроэнтерология и гепатология: учебное пособие [Текст]: Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов. – М., 2013. – 124 с.
20. Лебедь, В.А. Справочник по педиатрии с сестринским процессом [Текст] / В.А. Лебедь. – М.: Высшая школа, 2016. – 592 с.

21. Матвеева В.А. Занятия физической культурой при дискинезии желчевыводящих путей [Текст]: В.А. Матвеева, А.Е. Волкова, И.С. Москаленко // Символ науки. – 2017. – Т.2. – №1. – С.172-174.
22. Низкодубова, С.В. Основы медицинских знаний [Текст]: учебное пособие / С.В. Низкодубова, Е.А. Каюмова, С.А. Легостин, Э.И. Мастеница. – Томск: Центр учебно-методической литературы ТГПУ, 2014. – 196 с.
23. Основные показатели деятельности медицинских организаций и состояния здоровья населения Белгородской области за 2017 год [Электронный ресурс] // ОГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр». Режим доступа: <http://miac.belzdrav.ru> (дата обращения: 24.09.2018).
24. Петровский, Б.В. Большая медицинская энциклопедия [Текст] / Б.В. Петровский; 3-е изд. – М.: Современная энциклопедия, 2015. – 528 с.
25. Полунина Т.Е. Дискинезия желчевыводящих путей [Текст]: Т.Е. Полунина // Римский консенсус IV. Терапия. – 2017. – №6(16). – С.16-18.
26. Соколов, Л.П. Курс педиатрии [Текст]: учебное пособие / Л.П. Соколов. – М.: Медицина, 2015. – 285 с.
27. Тура, А.Ф. Детские болезни [Текст] / А.Ф. Тура, О.Ф. Тарасова, Н.П. Шабалова. – М.: Медицина, 2016. – 608 с.
28. Щербенков И.М. Возможности терапии дискинезии желчевыводящих путей [Текст]: И.М. Щербенков // Медицинский совет. – 2013. – №3. – С.47-48.

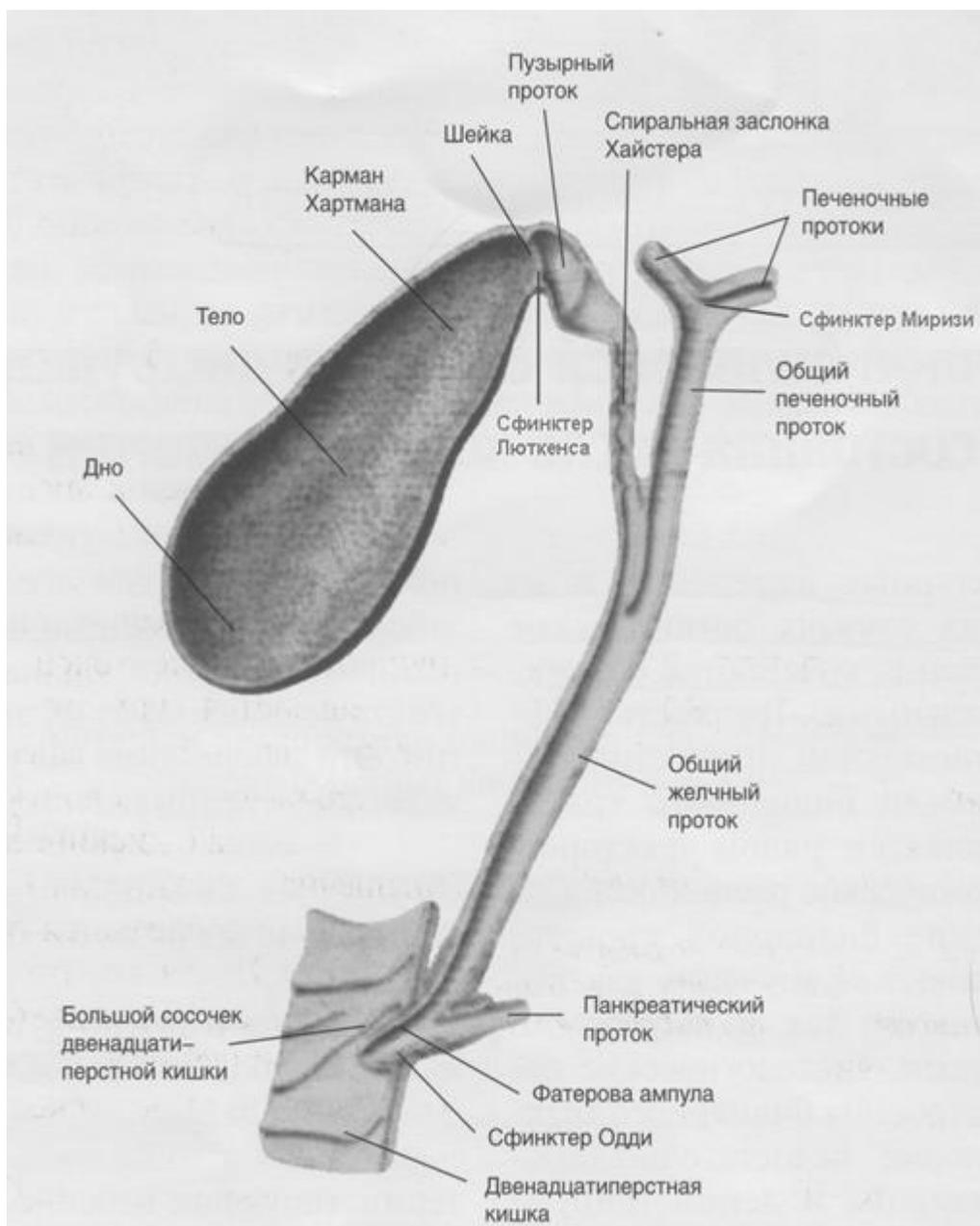


Рисунок 1 Анатомия внепечёчного билиарного тракта

АНКЕТА

«Оценка уровня информированности родителей в вопросах профилактики дискинезии желчевыводящих путей у детей»

Уважаемые родители!

Просим Вас ответить на вопросы, касающиеся профилактики дискинезии желчевыводящих путей.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить уровень профессиональной деятельности медицинских сестер и определить мероприятия по повышению профилактики о дискинезии желчевыводящих путей.

1. Пол Вашего ребенка?

- А) Девочка
- Б) Мальчик

2. Возраст Вашего ребенка?

- А) 0-12 мес.
- Б) От 1 года до 6 лет
- В) От 7 до 14 лет
- Г) От 15 до 17 лет

4. Причина развития дискинезии желчевыводящих путей у Вашего ребенка?

- А) нарушения функции центральной и вегетативной нервной системы
- Б) стрессовые ситуации в семье
- В) заболевания желудочно-кишечного тракта
- Г) частые ОРВИ
- Д) пороки и аномалии развития желчевыводящей системы
- Е) алиментарный фактор (дефекты питания, насильственное кормление, перекармливание).

5. Какой уровень достатка у вашей семьи?

- А) выше среднего
- Б) средний

В) ниже среднего

6. Знаете ли Вы признаки, появление которых характерно для дискинезии желчевыводящих путей?

А) имею достаточно знаний

Б) имею недостаточно знаний

В) не знаю об этом заболевании

7. Какова экология вашего района? Считаете ли Вы экологию одной из причин возникновения дискинезии желчевыводящих путей у Вашего ребенка?

А) экология в норме / нет, не считаю

Б) экология плохая / нет, не считаю

В) экология в норме / да, считаю

Г) экология плохая / да, считаю

8. Какой образ жизни ведет Ваш ребенок?

А) активный

Б) гиперактивный

В) гиподинамичный

9. Ставили ли Вашему ребенку диагноз гельминтоз?

А) да

Б) нет

10. Рационально ли питается ли Ваш ребенок?

А) да

Б) нет

В) когда как

11. Регулярно ли Ваш ребенок посещает детского гастроэнтеролога?

А) регулярно

Б) не систематически

В) игнорирую

12. Каким образом Вы (Ваш ребенок) были осведомлены о причинах и профилактике дискинезии желчевыводящих путей?

А) медицинской сестрой

Б) членами семьи

В) другими больными

13. Информировала ли Вас медицинская сестра о возможных осложнениях дискинезии желчевыводящих путей?

А) да

Б) нет

14. Было ли Вам разъяснено медицинской сестрой профилактика возникновения дискинезии желчевыводящих путей?

А) да

Б) нет

15. Инструктировала ли Вас медицинская сестра о рационах запрещенных и разрешенных продуктов?

А) да

Б) нет

16. Инструктировала ли Вас медицинская сестра о формах и клинических проявлениях дискинезии желчевыводящих путей и правилах первой помощи?

А) да

Б) нет

17. Оказывалась ли Вам лично и Вашему ребенку психологическая помощь со стороны медицинской сестры?

А) да

Б) нет

Благодарим Вас за сотрудничество!

Буклет на тему «Профилактика дискинезии желчевыводящих путей у детей»

<p>Здоровье – главная ценность человека</p>	<p>ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» (НИУ «БелГУ»)</p>	
<p>Причины возникновения дискинезии желчевыводящих путей</p>	<p>очной формы обучения специальности 34.02.01 Сестринское дело 4 курса группы 03051406</p> <p>Гайворонской Валентины</p> <p>https://medcollege.bsu.edu.ru</p>	<p>ПРОФИЛАКТИКА ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ</p>
		 <p>Белгород, 2019</p>
<p>Россия, 308000, г. Белгород, ул. Попова 26/45, Медицинский колледж Медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский</p>		

Дисфункции, или дискинезии, желчевыводящих путей (ДЖВП) - это расстройство тонуса и моторики желчного пузыря и/или желчных протоков с нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.



СИМПТОМЫ

ЛЕЧЕНИЕ

Форма и клинические проявления дискинезии желчевыводящих путей

Форма	Клинические проявления
Гипертоническая	Боли в области правого подреберья, непостоянные запоры, вздутие живота и увеличение в объеме физической активности.
	Присутствие рвоты (у грудничков - обильные срыгивания, переносимые в детях).
Гипотоническая	Образование на языке желтоватого непрозрачного налета. Слабость, вялость. Частые головные боли. Опоздание приема пищи.
	Чувство тяжести в районе печени.
Комбинированная	У детей грудного возраста желчный пузырь увеличивается в размерах, тесно облекая его, можно определить пальцем. Нарушение стула. Отсутствие аппетита. Грудной ребенок плохо набирает вес, в некоторых случаях может даже терять массу тела.
	Частые запоры. Ощущение тяжести в области правого бока. Симптомом истощения, при этом ребенок нормально набирает вес. Горький привкус во рту. При своевременном лечении ребенок чувствует боль.

ПРОФИЛАКТИКА ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ

- КОРРЕКЦИЯ ПИТАНИЯ
- УСТРАНЕНИЕ ПРИЧИН, ВЫЗВАВШИХ ДИСКИНЕЗИЮ
- ПРИЕМ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ДИСКИНЕЗИИ

Заблевание проявляется в дошкольном возрасте, прогрессирует в раннем школьном возрасте и может приводить к развитию

Своевременная диагностика и адекватное лечение дискинезии с учетом ее типа позволяет нормализовать процессы желчеотведения и пищеварения, предупредить воспаление и раннее камнеобразование в желчевыводящих путях

Будьте внимательны к вашим детям!