

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ
ПАЦИЕНТА С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Дипломная работа студентки

**очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051582
Вортман Юлии Владимировны**

Научный руководитель:
преподаватель
Дроздовская Е.В.

Рецензент: врач – хирург,
ОГБУЗ «Городская поликлиника г.
Белгорода», поликлиническое отделение
№1 Красюков Ю.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	7
1.1. Желчнокаменная болезнь, факторы риска, этиология и патогенез	7
1.2. Особенности течения желчнокаменной болезни	10
1.3. Профилактика желчнокаменной болезни	16
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	19
2.1. Результаты собственного исследования	19
2.2. Рекомендации медицинским сестрам при организации профилактики пациентам с желчнокаменной болезнью	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	37
ПРИЛОЖЕНИЯ	40

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования заключается в том, что данная хирургическая патология, как острый холецистит и ЖКБ, встречаются довольно часто. В развитых странах ЖКБ относится к числу часто встречающихся заболеваний.

По данным разных авторов, «в Германии желчные камни встречаются у 10–15% населения, в России в возрасте от 41 до 50 лет болеет каждый 19, в возрасте старше 71 года - каждый седьмой человек. У женщин холелитиаз встречается в 3–5 раз чаще, чем у мужчин.

Острый холецистит является самым частым осложнением ЖКБ. Примерно в 90% наблюдений острый холецистит развивается на фоне ЖКБ, а в 10% - при отсутствии камней в желчном пузыре и поэтому обозначается как острый бескаменный холецистит (часто развивается у тяжелобольных пожилого возраста и сопровождается большим числом осложнений и более высокой летальностью)» [1, с. 12].

Важным моментом является деятельность среднего медицинского персонала в лечении данной хирургической патологии. Во многих случаях результат хирургического лечения зависит от своевременно и правильно оказанной первой помощи, которую чаще осуществляет средний медицинский персонал.

Участие медицинской сестры в лечении хирургического пациента не менее важно, чем участие хирурга, так как конечный результат операции зависит от тщательной подготовки пациента к операции, пунктуального выполнения назначений врача и грамотного ухода за пациентом в послеоперационный период и в период реабилитации.

Характер деятельности медицинской сестры зависит от того, в каком медицинском подразделении она работает.

Современная медицинская сестра - это не просто помощник врача. Ее профессионализм, организация и практическое осуществление своих обязанностей по обслуживанию пациентов согласно требованиям сестринского процесса проявляются в квалифицированной помощи пациенту хирургического отделения.

Уровень развития хирургии в настоящее время требует подготовки медицинской сестры, обладающей профессиональными сестринскими знаниями о реакции организма на травму, в том числе операционную, о жизненно важных потребностях пациента и способах их удовлетворения, о возникающих при этом проблемах, профилактике инфекций, в полной мере владеющей навыками по уходу за пациентом, по общению с ним и его родственниками.

Объект исследования – пациенты с желчнокаменной болезнью.

Предмет исследования – значение сестринской деятельности в решении проблем пациента с желчнокаменной болезнью.

Цель исследования – выявить и изучить значение сестринской деятельности в решении проблем пациента с желчнокаменной болезнью в хирургическом отделении.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть статистические данные по распространенности острого холецистита и ЖКБ.

2. Рассмотреть особенности течения острого холецистита и ЖКБ.

3. Рассмотреть этапы сестринского процесса, а так же сам сестринский процесс на примере клинических случаев.

4. Проанализировать роль медицинской сестры в лечении и профилактике заболеваний печени и желчевыводящих путей проведя социологическое исследование на базе хирургического отделения ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгорода».

5. Изучить значение деятельности медицинских сестер в решении проблем пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей.

Методы исследования:

- теоретический анализ информации по теме исследования,
- социологическое исследование (анкетирование),
- наблюдение,
- работа с медицинской документацией (истории болезней),
- анализ, обобщение.

База исследования: ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгорода».

Время исследования: 2018-2019 гг.

Данная дипломная работа состоит из оглавления, введения, 2-х глав с параграфами, заключения, списка использованных источников и литературы, приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

1.1. Желчнокаменная болезнь, факторы риска, этиология и патогенез

Чаще всего холецистит проявляется вследствие желчнокаменной болезни, которая развивается по причине утраты желчным пузырем сократительной способности. «Желчный пузырь представляет собой резервуар, где накапливается выработанная печенью желчь. Поскольку в ее состав входит большое количество холестерина, при повышении густоты желчи, а также в случае застоя кристаллы холестерина начинают выпадать в осадок. В дальнейшем кристаллы соединяются, образуют камни, состоящие из холестерина и солей желчи.

Кроме желчнокаменной болезни, острый холецистит развивается при наличии следующих факторов: склероза и атрофии части стенок желчного пузыря; попадания инфекции - оно провоцирует воспалительный процесс при нарушении дренажной функции и задержке желчи; нарушения процесса оттока желчи вследствие наличия камней, перегибов извитого или удлинённого пузырного протока, а также его сужения; проникновения патогенной микрофлоры: стрептококков, стафилококков, кишечной палочки и т.д.; попадания панкреатического сока внутрь желчного пузыря, вследствие чего он начинает разъедать стенки этого органа; сосудистых изменений стенок желчного пузыря – они встречаются в основном в пожилом возрасте и приводят к развитию деструктивных разновидностей острого холецистита, первичной гангрене желчного пузыря» [13, с. 248].

Среди других причин, приводящих к развитию острого холецистита, необходимо отметить роль пищевого фактора. Почти в 100% случаев именно он провоцирует приступ. «Переизбыток, прием жирной и острой пищи приводит к интенсивному желчеобразованию и дальнейшей гипертензии протоков в

результате спазма сфинктера Одди. Помимо этого, к спазму приводит также воздействие пищевых аллергенов на оболочку желчного пузыря.

Острый холецистит может стать следствием заболеваний желудка. Чаще всего к нему приводят: хронический анацидный и гипоацидный гастрит, при которых происходит значительное сокращение секреции желудочного сока, в частности – соляной кислоты; ахилия (отсутствие в желудочном соке соляной кислоты и пепсина) может сопровождать и другие желудочные патологии.

Она облегчает проникновение патогенной микрофлоры из верхних частей пищеварительного канала по желчевыводящим протокам через просвет двенадцатиперстной кишки внутрь желчного пузыря.

В некоторых случаях острая форма холецистита развивается в результате локальной ишемии слизистой желчного пузыря (при этом развивается деструктивная разновидность холецистита) и нарушения реологических свойств крови» [3, с. 143].

Классификация:

По характеру воспаления: катаральный; флегмонозный; флегмонозно-язвенный; гангренозный.

По наличию камней: калькулезный; некалькулезный.

По наличию осложнений: неосложненный; осложненный (перфорация пузыря, эмпиема, абсцессы различной локализации, холангит, свищи, гепатит, холецистопанкреатит и др.)

«Характерны боли в области правого подреберья и эпигастрия с иррадиацией в правое плечо, лопатку, надключичную область (по диафрагмальному нерву). Иногда болям сопутствует рефлекторная стенокардия, что отмечал еще Д.С. Боткин.

Боли носят или характер печеночной колики - очень резкие, при которых больные беспокойны, мечутся, меняя положение тела чаще всего при ЖКБ, при закупорке пузырного протока или холедоха камнем, реже слизью или гноем.

В других случаях боли нарастают постепенно, больные лежат, боясь пошевелиться, «тронуться», что наблюдается при превалировании

воспалительного процесса, растяжении пузыря воспалительным экссудатом и вовлечении в процесс брюшины.

Болям предшествуют погрешности в диете (жирная, острая, пища), физическое перенапряжение, иногда нервное потрясение. Сопутствует – чаще рвота: повторная, скудная, мучительная, не приносящая облегчения.

Пульс при наличии воспалительного компонента учащен, иногда аритмичен, при наличии желтухи может быть замедлен.

Температура тела - при колике нормальная, при наличии воспаления поднимается, иногда до высоких цифр, при осложнении холангитом могут иметь место ознобы. У пожилых пациентов даже при деструктивных формах температура может оставаться нормальной.

Живот ограниченно участвует в дыхании в верхнем отделе, болезнен и напряжен в правом подреберье, здесь же при деструктивных формах отмечается защитное напряжение мышц, положительным симптомом «Щеткина-Блюмберга и Менделя» [21, с. 397].

Симптомы холецистита:

1. «Симптом Захарьина - болезненность при надавливании в проекции желчного пузыря.

2. Симптом Образцова - усиление болей при надавливании в области правого подреберья на вдохе.

3. Симптом Ортнера-Грекова - болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге.

4. Симптом Георгиевского-Мюсси (симптом диафрагмального нерва) - болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.

5. Желтуха - наблюдается у 40-70% больных, чаще при калькулезных формах, когда она носит характер обтурационной, механической.

Она может быть следствием вторичного гепатита или сопутствующего панкреатита, а также холангита - тогда бывает паренхиматозной. Обтурационной желтухе калькулезного генеза обычно предшествует приступ

печеночной колики, она может носить ремитирующий характер (в отличии от механической желтухи опухолевого происхождения, которая развивается исподволь и прогрессивно нарастает). При полной обтурации холедоха помимо интенсивной окраски мочи (из-за наличия билирубина) – «цвета пива», «крепкого чая», становится обесцвеченным кал - в нем отсутствует стеркобилин – «желтый человек с белым калом»» [12, с. 251].

«Печень увеличивается, вплоть до спленомегалии (в отличие от гемолитической желтухи нет).

При длительной желтухе наступает гибель печеночных клеток, выделяется «белая желчь», развивается печеночная недостаточность с переходом в коматозное состояние.

Быстро прогрессируют и переходят в деструктивную форму ферментативный и сосудистый холециститы.

Все пациенты с подозрением на острый холецистит должны быть госпитализированы в хирургический стационар. В плане обследования: «осмотр врача-хирурга, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ФГДС, в обязательном порядке - УЗИ абдоминальное, при котором можно выявить наличие камней в желчном пузыре, размеры желчного пузыря, толщину стенки.

На начальных этапах лечение консервативное. «В комплексную терапию острого холецистита входят спазмолитики, инфузионная терапия, средства, улучшающие моторику желудочно-кишечного тракта.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения или при подозрении на перитонит показана неотложная операция - удаление желчного пузыря» [12, с. 252].

1.2. Особенности течения желчнокаменной болезни

Факторы, способствующие развитию желчнокаменной болезни.

«Общие факторы: женский пол, пожилой возраст, генетическая предрасположенность, беременность, ожирение, повышенное употребление животных жиров, белков и легкоусвояемых углеводов, холестерина, нарушения липидного обмена, медикаментозные факторы (прием липидснижающих препаратов, противозачаточных средств), голодание, нарушение водно-солевого обмена, гемолитические состояния, питание, бедное пищевыми волокнами и пектином.

Печеночные факторы: снижение холатообразовательной функции печени, повышение холестерина выделительной функции печени, снижение экскреции воды и электролитов эпителием внутрпеченочных желчных протоков, нарушение мицеллообразования.

Пузырные факторы: гипотонически-гипокинетическая дискинезия желчного пузыря, наличие инфекции в желчном пузыре, воспалительные изменения слизистой оболочки желчного пузыря вследствие действия избытка дезоксихолевой кислоты, токсинов, аллергенов, повышенное выделение слизистой оболочкой желчного пузыря фактора нуклеации, нарушение мицеллообразования и коллоидной стабильности желчи» [16, с. 308].

Камни в желчном пузыре могут иметь разную структуру, обладать различной формой - от точного выяснения этих параметров будет зависеть и лечение болезни.

Медицина различает «следующие виды камней в желчном пузыре: пигментные - мелкие, черного цвета, хрупкие, могут располагаться и в самом желчном пузыре и в протоках;

кальциевые - содержат в своем составе всевозможные соли кальция, имеют неровную форму, могут отличаться шипообразными «наростами» и коричневым цветом;

холестерино-пигментно-известковые - имеют острые грани, отличаются вариативностью форм, в желчном пузыре и протоках их может быть несколько десятков и даже сотен; холестериновые - округлой формы, в составе содержат холестерин, локализуются исключительно в желчном пузыре» [11, с. 103].

Клиника желчнокаменной болезни:

«В развитии заболевания можно выделить три стадии. Две первые стадии желчнокаменной болезни проходят незаметно и практически безболезненно; лишь на третьей стадии проявляется развернутая клиника болезни, при которой в диагнозе можно не сомневаться.

Первая стадия характеризуется нарушением соотношения веществ, входящих в состав желчи, но не настолько, чтобы образовался осадок. Эта стадия заболевания может протекать довольно долго и так и не перейти во вторую.

Вторая стадия - камни в желчном пузыре уже есть, но они человека не беспокоят. Симптомами желчнокаменной болезни на этой стадии может быть небольшой дискомфорт, несильные боли в правой подреберной области, иногда горечь во рту. Таких симптомов приступа желчнокаменной болезни, как печеночная колика, в этот период еще нет. Вторая стадия тоже может протекать довольно долго. Более того, на этой стадии проявление желчнокаменной болезни может и остановиться.

Третья стадия отличается от второй тем, что в желчном пузыре есть камни и они беспокоят человека печеночными коликами - периодическими приступами сильных болей. Это уже клиническая стадия болезни. Именно на третьей стадии возникают все осложнения, связанные с наличием камней в желчном пузыре. Клинический диагноз желчнокаменной болезни может быть поставлен, когда появляются желчные колики или расстройство желудка, сопровождаемые болевыми ощущениями. Следует отметить, что желчнокаменная болезнь часто протекает бессимптомно или с частичными симптомами и ее диагноз ставится случайно» [12, с. 254].

«В качестве методов диагностики обычно используются: УЗИ брюшной полости, которое может выявить наличие камней в желчном пузыре, а также их количество;

эхо-эндоскопия может быть использована в качестве диагностического метода в случаях желчнокаменной болезни с неопределенными результатами ультразвуковой диагностики;

компьютерная томография (КТ) позволяет определить содержание кальция в камнях желчного пузыря; сцинтиграфия желчного пузыря (радиоизотопное исследование) [9, с. 317].

Лечение желчнокаменной болезни обуславливается степенью ее развития и целесообразностью операционного риска. Обычно желчнокаменная болезнь в начальной стадии лечится терапевтическими методами.

«Лечение, а также и профилактика желчнокаменной болезни начинается с пересмотра питания. Есть больному нужно каждые 3 часа и малыми порциями.

Следует исключить из ежедневного меню такие продукты, как жирное, острое, сладости, газировку, приправы. Продукты из жирного мяса и копченостей также противопоказаны. В то же время следует добавить в свой рацион молочные продукты, еду растительного происхождения.

Больному можно есть продукты, температура приготовления которых не больше 100 градусов, то есть вареные или на пару. В ежедневный рацион следует добавить растительные продукты и пищевые добавки, которые содержат растительные волокна, например, отруби, что можно использовать в качестве готового завтрака или в виде лекарственного препарата. Продукты из овощей, трав и фруктов лучше обрабатывать термически» [15, с. 113].

«Основные цели лечения: наискорейшее пресечение колики;

не допустить усугубление болезни и вовремя удалить конкременты или весь орган при возвращении колик;

предотвратить повторение колики после самых первых признаков болезни;

предотвратить перерастание бессимптомного камненосительства в обострение болезни;

При возникновении приступа колики облегчать состояние больного с помощью спазмолитиков;

Если облегчение не наступило в течение 5 часов, то больного с коликой доставляют в хирургическое отделение;

профилактика дальнейшего прогрессирования болезни;

нормализация питания и общей массы тела; повышение физической активности,

исключение вредной пищи;

исключение голодания,

частый и регулярный прием пищи» [13, с. 183].

«Лечить желчнокаменную болезнь, используя медикаментозные препараты, целесообразно только когда в органе скопились образования небольшого размера до 1 сантиметра или одиночные камни.

Дробление образований осуществляют ультразвуковым или электромагнитным воздействиями. Ударную волну фокусируют на камень, в точке фокусировки ее сила достигает своего максимального значения.

На камень направляют не одну, а множество ударных волн, обычно от 1500 до 3500, в зависимости от особенностей камня. В результате этого процесса камень разрушается на мелкие частички.

Самые маленькие фрагменты камня, которые способны пройти естественный путь желчи сквозь протоки, выходят из органа в кишечник, а потом природным путем выводятся из организма наружу. Более крупные фрагменты, которые не смогут пройти через протоки органа, остаются в нем. Чтобы лечение было более эффективным, врач добавляет к литотрипсии препараты желчных кислот. Данный способ лечения имеет недостаток – с очень высокой вероятностью болезнь может повториться вновь. Так, через 5 лет рецидивы случаются с частотой 50 %» [18, с. 411].

Показания к медикаментозной терапии – это сохранение образования в органе дольше трех месяцев.

«На сегодняшний день патогенетический способ лечения использует препараты урсодезоксихолевой кислоты, которая контролирует усваивание холестерина в кишечнике и останавливает его синтез.

Длительность лечения зависит от формы болезни и обычно составляет от 1 до 3 месяцев.

Если есть показания, то врач также назначает литолитическую терапию. Билиарную недостаточность корректируют с помощью препаратов желчных кислот, а отток желчи улучшают лекарства – спазмолитики мебеверин, пинаверия бромид и другие препараты.

Если у больного в желчном пузыре образовались единичные камни размером больше 1-2 сантиметра, то специалисты поднимают вопрос об операции.

Золотой стандарт хирургического пути лечения – это полное удаление органа, как у мужчин, так и у женщин. Такой радикальный метод лечения дает полное выздоровление у 95 %, с желчнокаменной болезнью. Замечено также, что в 10 % случаев отсрочка операции приводит к усугублению болезни, поэтому врачи считают, что затягивать с хирургией нельзя» [8, с. 309].

«Лечение с помощью операции имеет определенные показания: камни крупного и мелкого размера, которые заняли больше трети органа; частые приступы колик, даже при незначительном размере камней; отключение желчного; холангит и холецистит в анамнезе; билиарный панкреатит; ослабленное сокращение желчного; водянка или эмпиема органа; билиарные свищи, перфорация, пенетрация; нарушение проходимости протоков органа; закупорка печеночных протоков из-за давления желчных камней и многие другие показания. Лечение с помощью операции имеет и противопоказания, при наличии которых врачи выбирают другие способы лечить желчнокаменную болезнь.

Основные противопоказания, которые исключают хирургическое лечение, – это тяжелые болезни, которые могут повысить риск осложнения после операции. Кроме того, нельзя проводить операцию при нарушении свертываемости крови, которое не поддается коррекции.

Лечится желчнокаменная болезнь с помощью операции двумя способами: классическая холецистэктомия – врачи делают широкий разрез для

оперативного лечения, после которого у пациента остается рубец около 10 – 12 сантиметра; лапароскопическая холецистэктомия – врач делает небольшие отверстия в брюшной полости и вводит специальные инструменты.

После такого хирургического лечения у пациента практически не видно следов, кроме того, срок госпитализации при этом совсем небольшой – всего 4-5 дней. Довольно быстро прооперированный пациент возвращается к своей привычной жизни.

Тип операции выбирается врачом, исходя из тяжести протекания болезни, показания к хирургии и других факторов» [22, с. 500].

1.3. Профилактика желчнокаменной болезни

Предупредить развитие болезни у здорового населения, и возникновение обострения желчнокаменной болезни у ранее переболевших помогает рациональное питание.

В профилактике холецистита, желчнокаменной болезни и других болезней, связанных с перееданием, таких, как ожирение, атеросклероз, сахарный диабет, имеет значение не только резкое ограничение питания или исключение каких-либо блюд.

Главное в том, что количество пищи физиологически должно соответствовать возрастным и профессиональным потребностям каждого. Нужно иметь в виду, что даже незначительные нарушения режима питания, если они повторяются изо дня в день, а тем более годами, истощают приспособительные системы организма. Расход энергии становится меньше прихода и, в конце концов, наступает нежелательная прибавка веса.

Большой вред приносят выработанные в течение всей жизни привычки, если они не изменяются в соответствии с изменением условий жизни.

Человек ушел на пенсию, работает, как правило, меньше, а то и совсем отдыхает, но питается зачастую так же обильно, как и раньше, когда усердно трудился.

«Огромное значение в профилактике холецистита и желчнокаменной болезни имеют правильное чередование завтрака, обеда, ужина, приемы пищи в одно и то же время. Это сохраняет хорошую условно-рефлекторную деятельность органов пищеварения (желудка, кишечника, печени). Достаточно частые приемы пищи, кроме того, способствуют своевременному опорожнению желчного пузыря, предотвращают нежелательный застой желчи. Уменьшение же подвижности, снижение интенсивности обменных процессов неизбежно ведут к уменьшению расхода калорий. Пользуясь богатыми клиническими данными, профессор Р. А. Лурия установил, что 78 % заболевших хроническим холециститом питались беспорядочно» [3, с. 143].

«Желчнокаменная болезнь чаще возникает у людей малоподвижных. Подтверждения этого неоспоримы: среди больных холециститом примерно 70 % это люди умственного и легкого физического труда.

Физические упражнения способствуют гармоническому и всестороннему физическому развитию организма. Особое значение приобретают упражнения для живота. При правильном (брюшном) типе дыхания создаются благоприятные условия для оттока желчи. Этому помогают сокращения брюшного пресса на выдохе и диафрагмы на вдохе.

У женщин редко встречается этот тип дыхания, и поэтому легче возникает застой желчи. К тому же во время беременности и в первые два месяца после родов уровень холестерина в крови повышен, двигательная функция желчного пузыря понижена, создаются, таким образом, условия для образования камней» [7, с. 273].

В подобном состоянии физические упражнения в соответствии с индивидуальными особенностями женского организма окажут неоценимую помощь. У человека в вертикальном положении более концентрирована желчь, находящаяся на дне желчного пузыря. Чтобы она не накапливалась,

беременным надо есть понемногу и часто, а также лежать после еды минут 10-15. В таких условиях желчный пузырь легче опорожняется.

«В профилактике холециститов и их возвратов трудно переоценить значение борьбы с запорами, а также с различными бактериальными и вирусными инфекциями. Так, например, у одной женщины приступы желчной колики возникали всякий раз после ангины. Лишь удаление миндалин освободило больную не только от частых ангин, но и от приступов желчной колики.

Задачи медицинской сестры в профилактике острого холецистита и ЖКБ следующие:

- заниматься санитарно – просветительной работой с населением, а именно, проводить беседы на темы здорового питания, о последствиях для организма беспорядочного и не правильного питания, привлекать к занятиям физическими упражнениями и т.д.

- выпускать различные брошюры, методические рекомендации, так как из-за не хватки времени средний медицинский персонал может не успевать проводить беседы, а наличие разных брошюр и методичек в больнице, поликлинике всегда привлекали глаза пациентов.

Если придерживаться ЗОЖ, то можно значительно снизить такую патологию среди населения» [4, с. 114].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

2.1. Результаты собственного исследования

С целью выявления проблем пациентов, а так же изучения вероятности развития у них заболеваний печени и желчевыводящих путей, в частности нас, интересовали факторы риска развития ЖКБ, нами было проведено исследование на базе ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгорода».

Нами была разработана анкета из 16 вопросов закрытого типа, позволяющих узнать о принципах питания, образе жизни пациента и других факторах риска развития патологии желчевыводящих путей (Приложение 1).

В анкетировании приняли участие 50 человек разного пола и возраста, поступивших в стационар на лечение. Все результаты анкетирования были подсчитаны и проанализированы по каждому пункту.

Выявлено, что распределение по полу среди респондентов – мужчин - 57%, а женщин, 43% (Рис. 1).

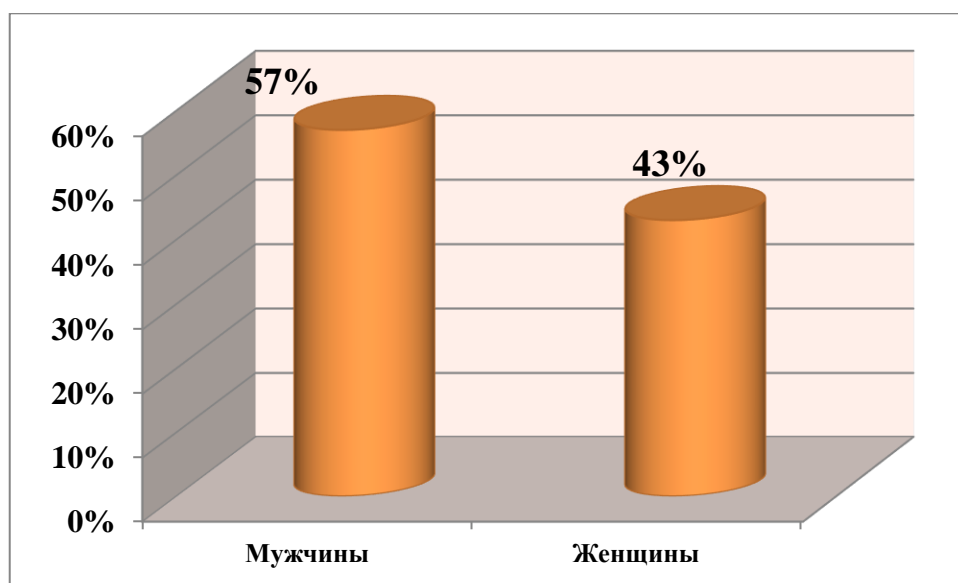


Рис. 1. Пол

На вопрос о наличии в семье родственников с заболеваниями печени и желчевыводящих путей положительно ответили - 40%, «нет» ответили 60% (Рис. 2).

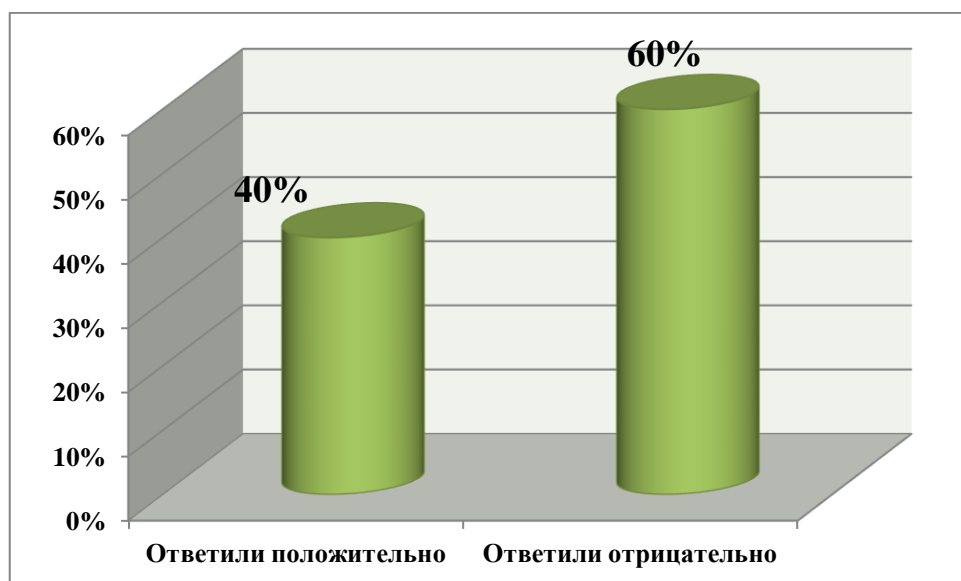


Рис. 2. Наличие родственников с заболеваниями печени и ЖВП

В ходе анкетирования выяснилось, что у 57% опрошенных имеется избыточная масса тела, а 43% отметили свой вес в пределах нормы (Рис.3).

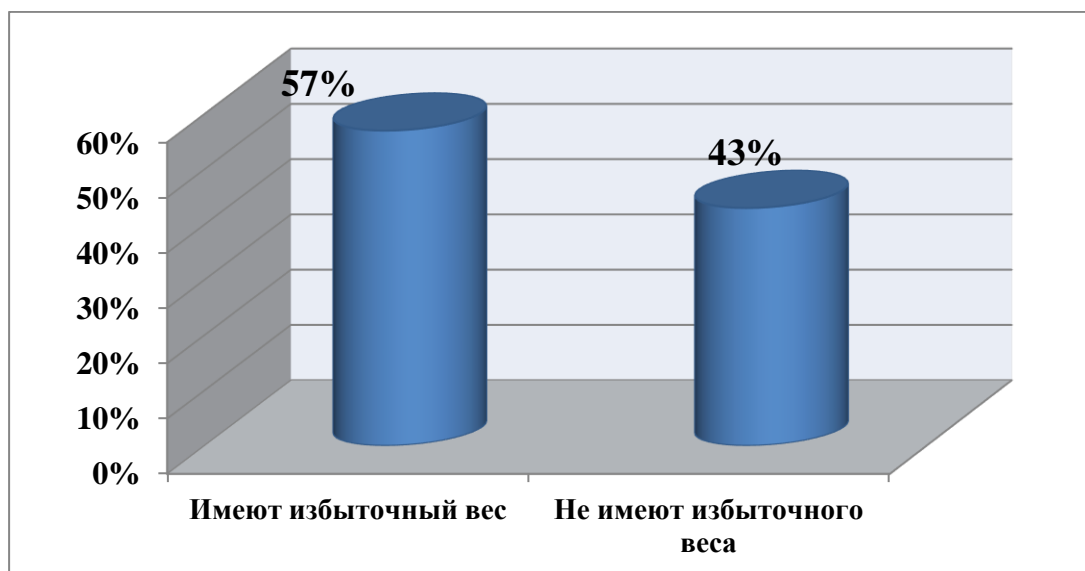


Рис. 3. Наличие избыточного веса

О наличии в жизни пациентов стрессовых ситуаций ответы распределились следующим образом (Рис. 4): 33% ответили положительно, 67% ответили отрицательно.

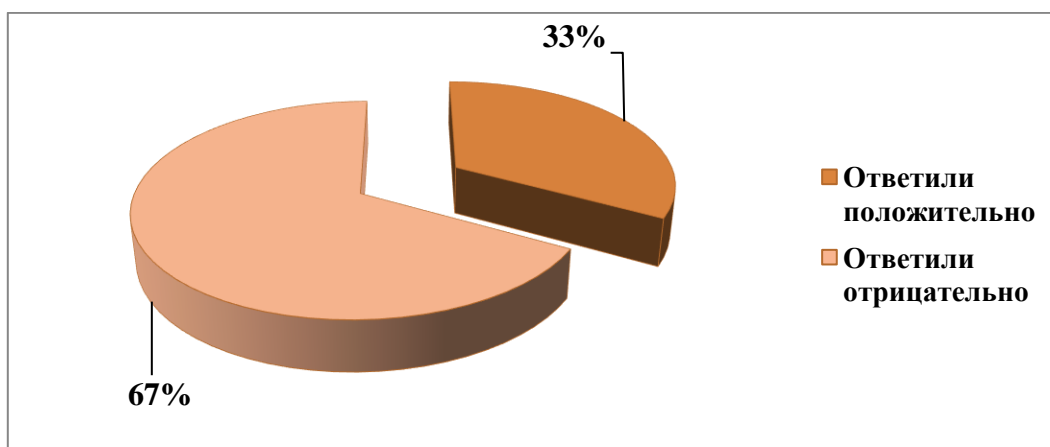


Рис. 4. Наличие стрессовых ситуаций

Анализируя результаты отношения пациентов к вредным привычкам, в частности, к алкоголю, выявлена следующая частота его употребления, что 7% респондентов - принимают спиртное ежедневно, 13% - раз в неделю, 20% - раз в месяц, 50% - выпивают только по праздникам, 10% - не принимают алкоголь вообще (Рис. 5).

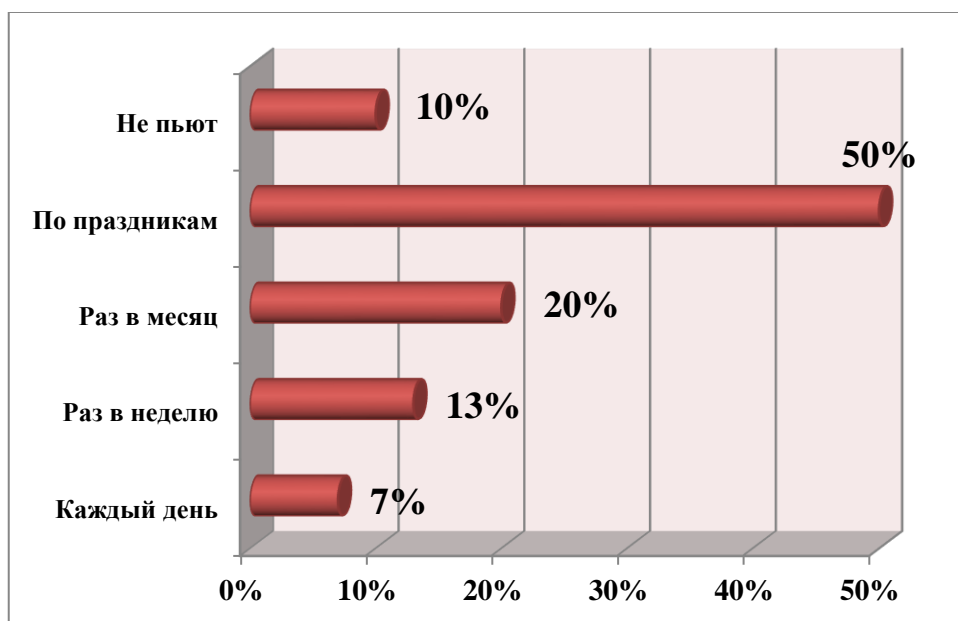


Рис. 5. Частота употребления алкоголя

При анализе никотиновой зависимости респондентов выявлена следующая частота употребления сигарет: 34% - выкуривают в день пачку сигарет, 13% могут выкурить от 1 до 5 сигарет, 34% ответили, что курят 5-10 сигарет в день, 23% пациентов не курят вообще (Рис. 6)

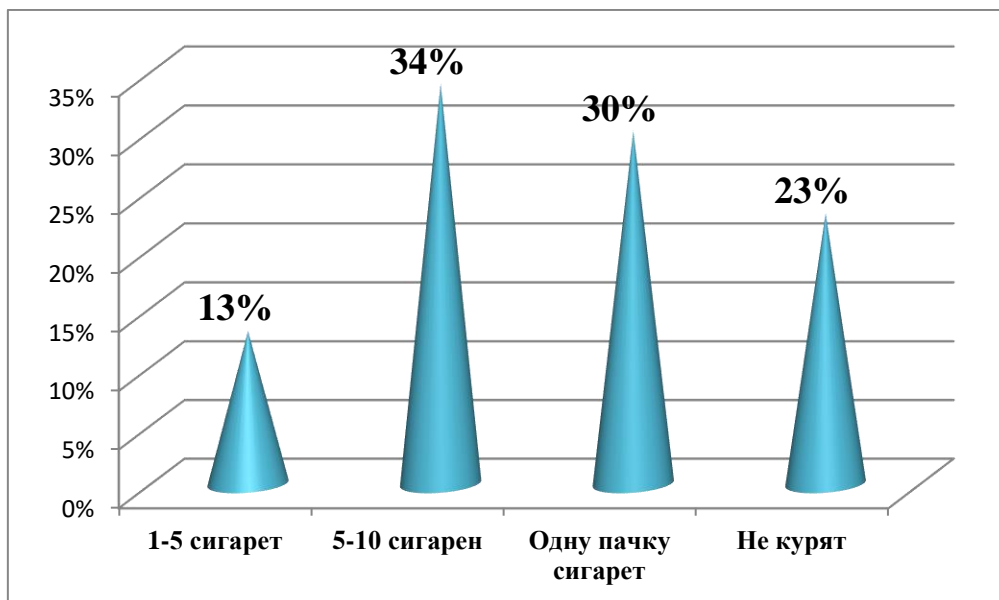


Рис. 6. Отношение к курению

По предпочтениям в кулинарной обработке пищи выявлено, что 54% - предпочитают жареную пищу, 23% - едят всё, 10% - отдают предпочтение отварной пище, 3% - предпочитают копчёности, 10% - предпочитают тушёную пищу (Рис. 7).

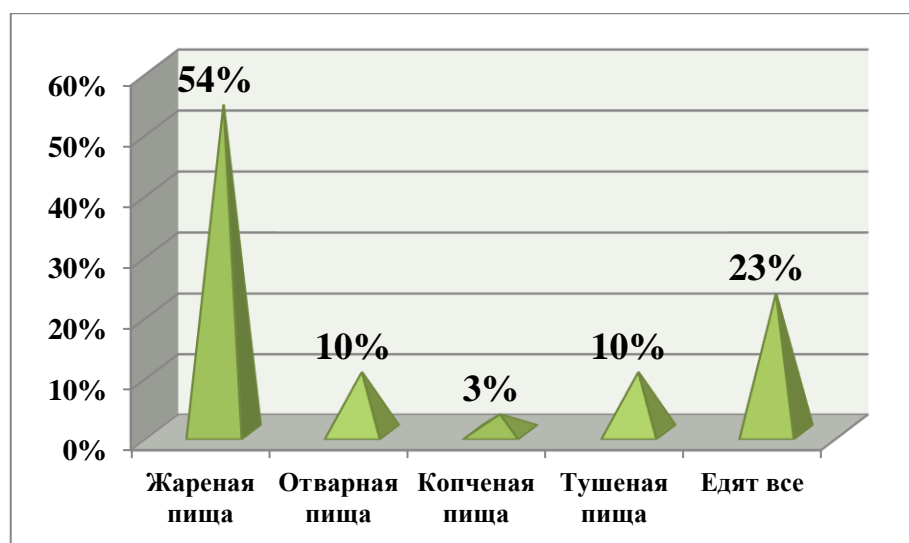


Рис. 7. Предпочтения в кулинарной обработке пищи

По количеству времени, уделяемого прогулке 23% - гуляют не больше часа в день, 20% - уделяют прогулке 1-3 часа, 7% - гуляют больше 3 часов, 27% - работают на дачах и огородах, 23% - не гуляют вообще (Рис. 8).

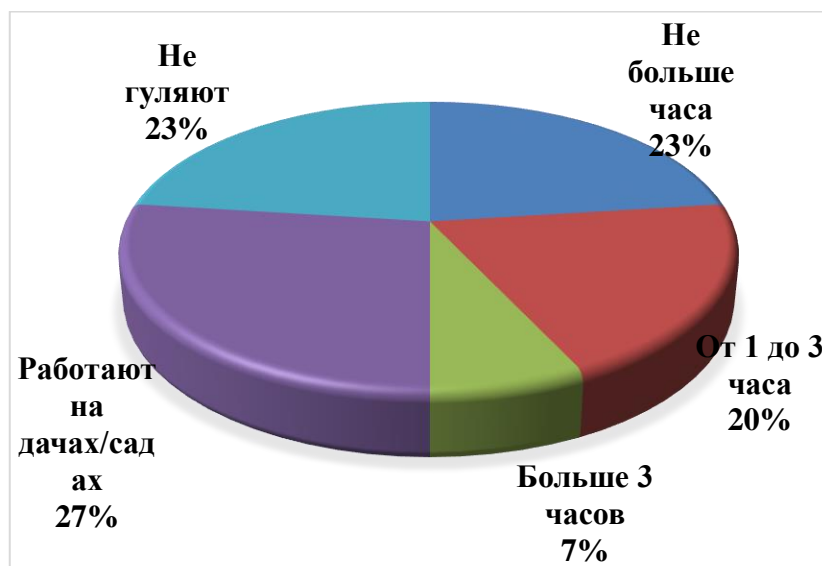


Рис. 8. Количество времени, уделяемого прогулкам

Анализируя способы получения информации о лекарственном средстве, было установлено, что 19% - перед тем, как принять лекарственное средства, консультируются с врачом, 42% узнают о препарате в интернете, 23% - пользуются инструкцией, приложенной к препарату, 16% - не делают ничего (Рис. 9).

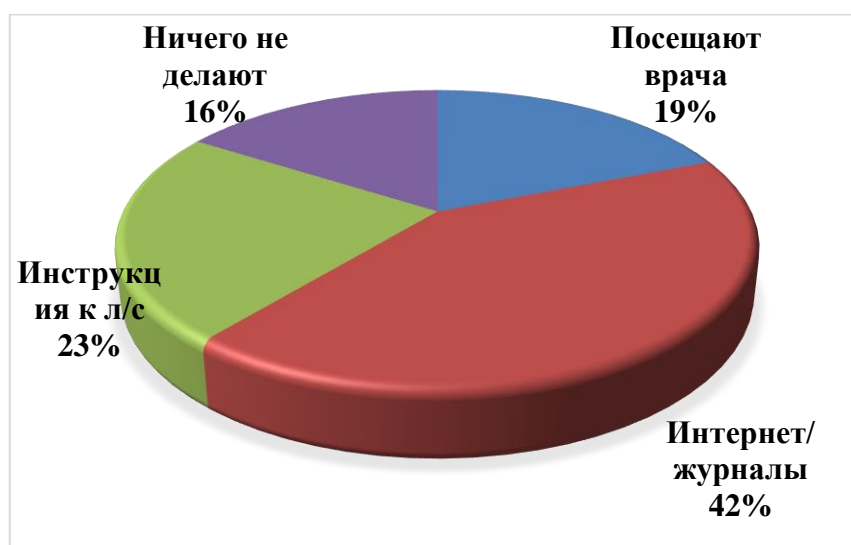


Рис. 9. Способы получения информации о лекарственном средстве

При опросе по графику распорядка дня выявлено, что 13% - имеют чёткий распорядок дня, 37% - не имеют графика, 50% - большую часть времени проводят на работе (Рис. 10).

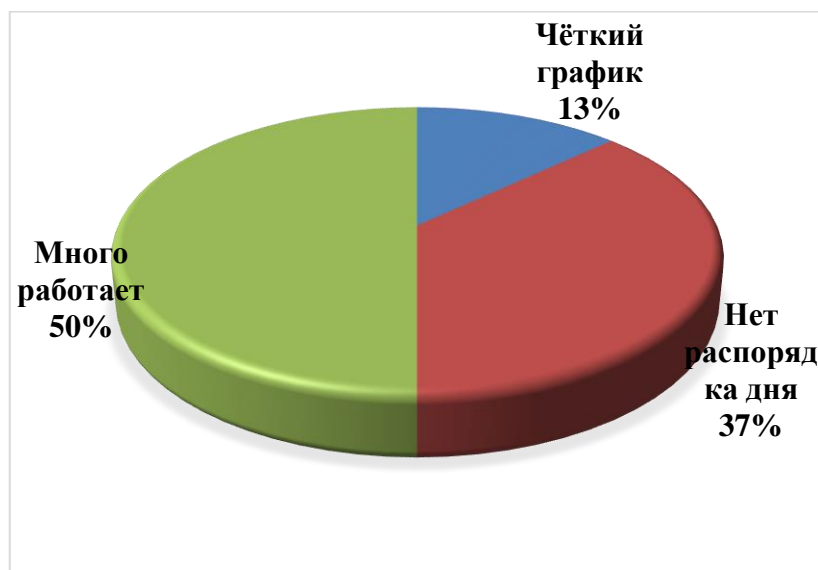


Рис. 10. График распорядка дня

По источнику знаний о своем заболевании ответы распределились следующим образом: 53% - берут информацию из интернета, 13% - из книг и энциклопедий, 10% - из журналов и брошюр, 17% - из телепередач, 7% - от медицинских работников (Рис. 11).

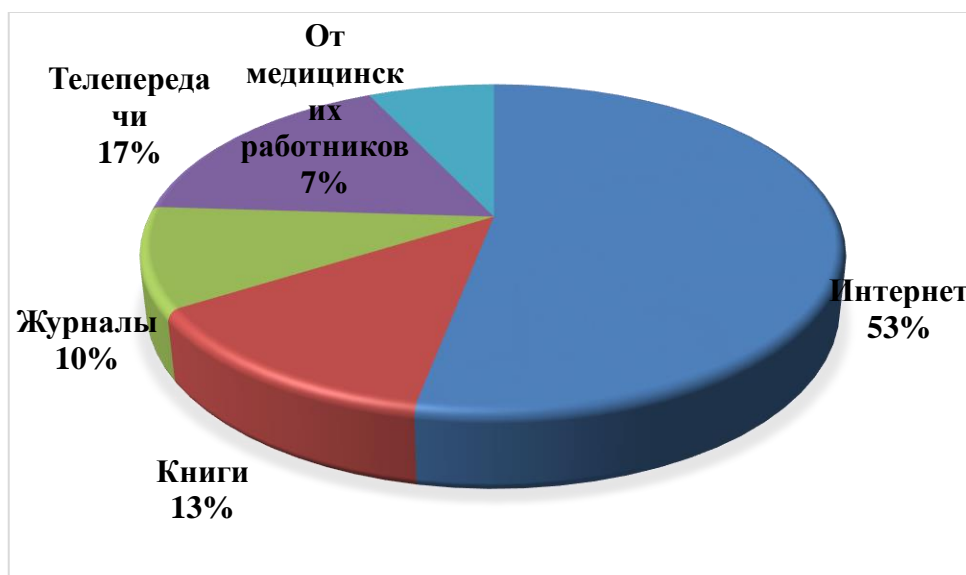


Рис. 11. Источники знаний о заболеваниях

О соблюдении режима питания опрашиваемые ответили следующим образом: 43% - стараются принимать пищу в одно и то же время, 7% - принимают пищу 1 раз в день, 50% - едят, когда есть время (Рис. 12).

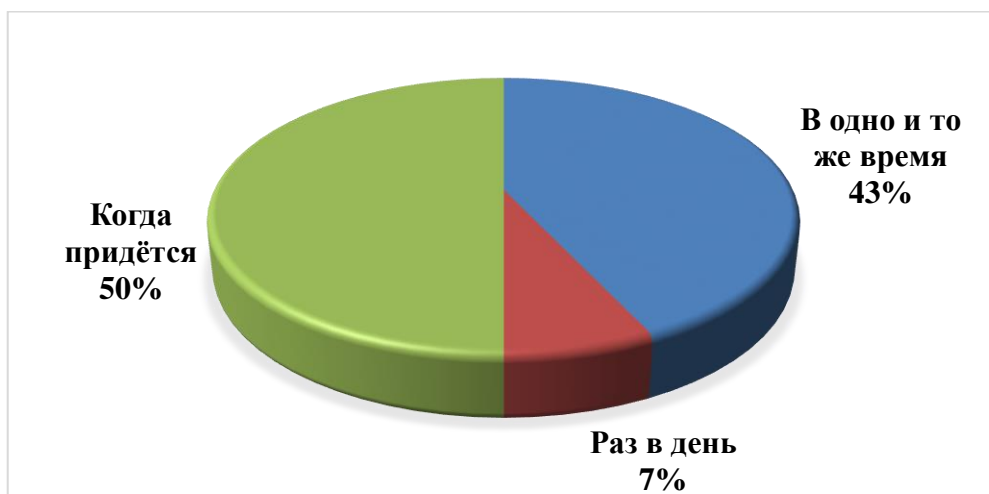


Рис. 12. Соблюдение режима питания

Анализируя результаты анкетирования о проявлении интереса к профилактике заболеваний печени и желчевыводящих путей (Рис. 13): 90% - ответили, что их интересует профилактика, 10% - ответили отрицательно.

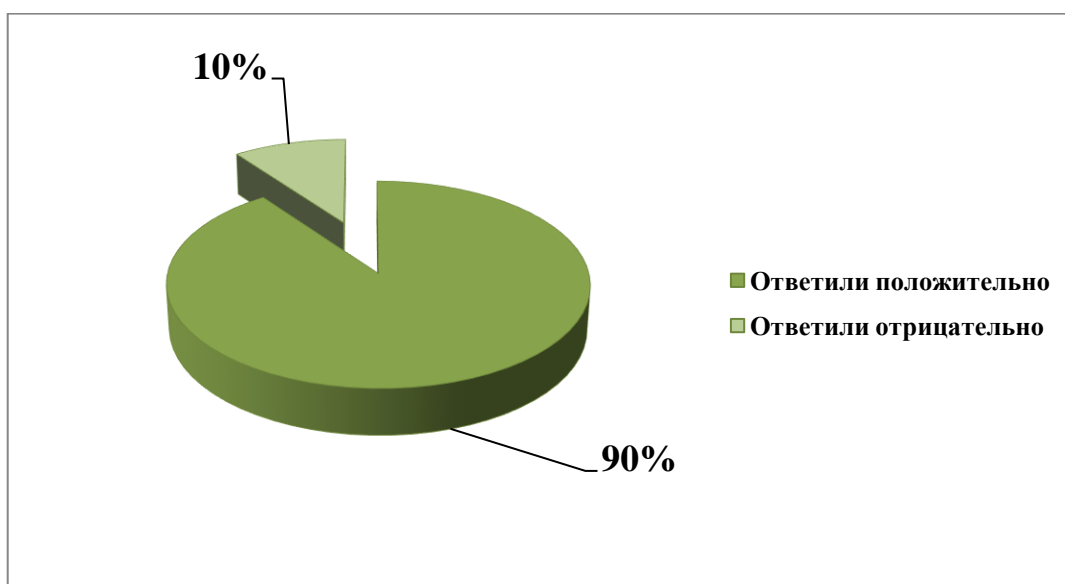


Рис. 13. Проявление интереса к профилактике заболеваний

Выясняя соблюдение правил гигиены выявлено, что все 100% опрашиваемых пациенты ответили, что соблюдают правила гигиены (Рис. 14).



Рис. 14. Соблюдение правил гигиены

По частоте посещаемости врача ответы распределились следующим образом: 83% - посещают врача только по случаю болезни, 17% - посещают врача раз в год, проходя медицинский осмотр (Рис. 15).

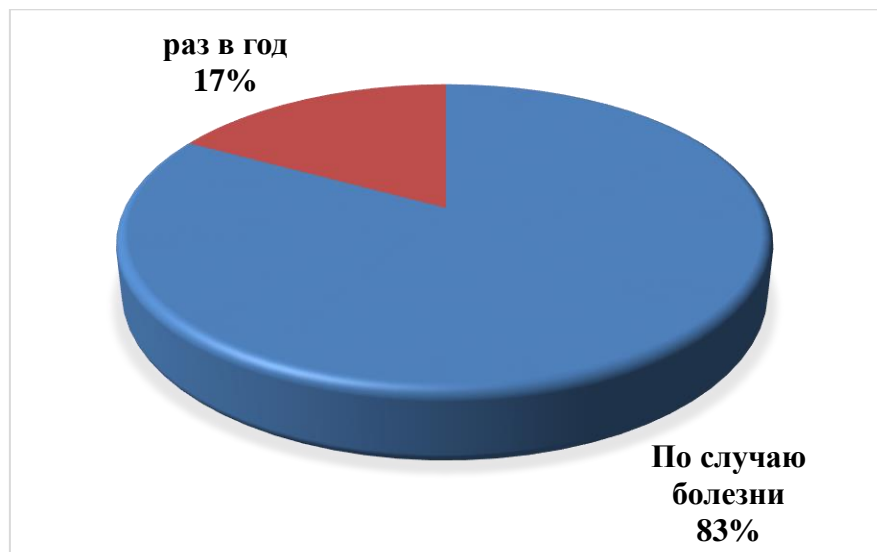


Рис. 15. Частота посещаемости врача

При выявлении удовлетворенности качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ: 48% отметили удовлетворенность, «нет» ответили – 14%; не вполне удовлетворены – 38% (Рис. 16).



Рис. 16. Удовлетворенность качеством проведенной профилактической работы

По итогам проведенного исследования сформировалась группа риска, нуждающаяся в направленной профилактической работе при желчнокаменной болезни: это мужчины (57%), имеющие в родственниках с патологиями ЖКБ (40%), с избыточной массой тела (57%), выпивающих по праздникам (50%), выкуривающие от 5-10 сигарет до пачки в день (34%), не соблюдающие принципов здорового питания (26%) и режима питания (50%), не практикующие прогулок на свежем воздухе (23%), имеющие плотный рабочий график (50%).

Выявлены пробелы в информированности пациентов о правилах применения лекарственных средств (19%) и о своем заболевании (7%) от медицинских работников. Посещение врача в профилактических целях не практикуют 83%, делая это только при возникновении жалоб.

Выявлено, что наличествует неудовлетворенность качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ (14%); и частично удовлетворены (38%).

Руководствуясь вышенаписанным, нами была разработана памятка пациенту с желчнокаменной болезнью (Приложение 2), и проведены профилактические беседы с пациентами и их родственниками.

Целью беседы являлось повышение уровня знаний пациентов, а также их родственников по профилактике заболеваний печени и желчевыводящих путей.

Для оценки эффективности общения с пациентами, было проведено повторное тестирование на пороге их выписки, которое показало следующие результаты:

По частоте приёма алкогольной продукции (Рис. 17): 3% - ответили, что планируют выпивать 1 раз в неделю, 10 % планируют выпивать раз в месяц, 50% сообщили, что будут принимать алкогольные напитки только по праздникам.

Значительно увеличилось количество пациентов, в планах которых полный отказ от алкоголя, их число составило 37%.

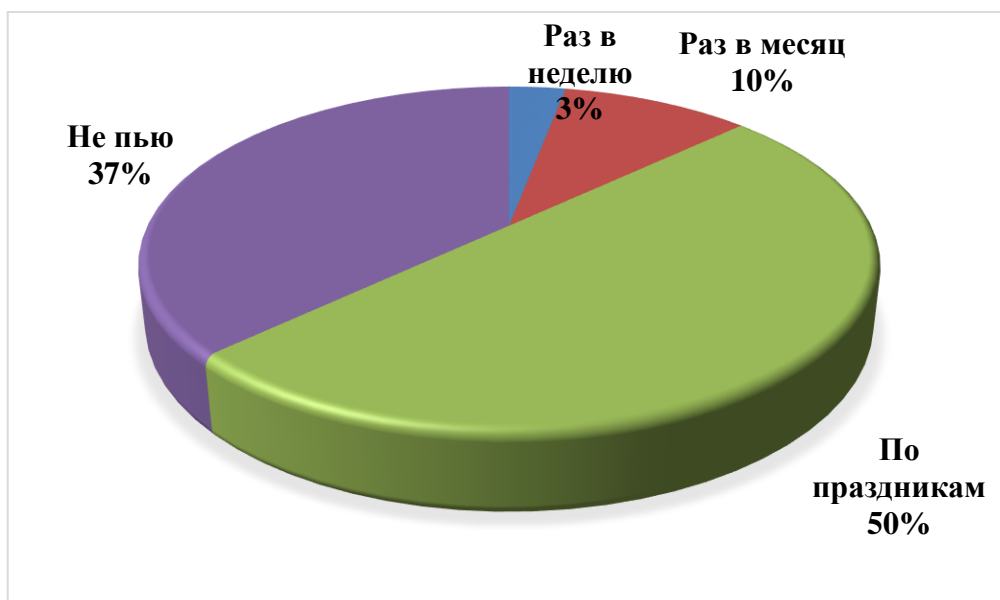


Рис. 17. Изменение отношения к приему алкоголя

Изменение отношения к курению (Рис.18): 23% - ответили, что планируют курить 1-5 сигарет в день, 17% - ответили, что планируют выкуривать примерно 5-10 сигарет в день, 13% - ответили, что в их планах выкуривать пачку сигарет, 47% - планируют отказаться от курения.

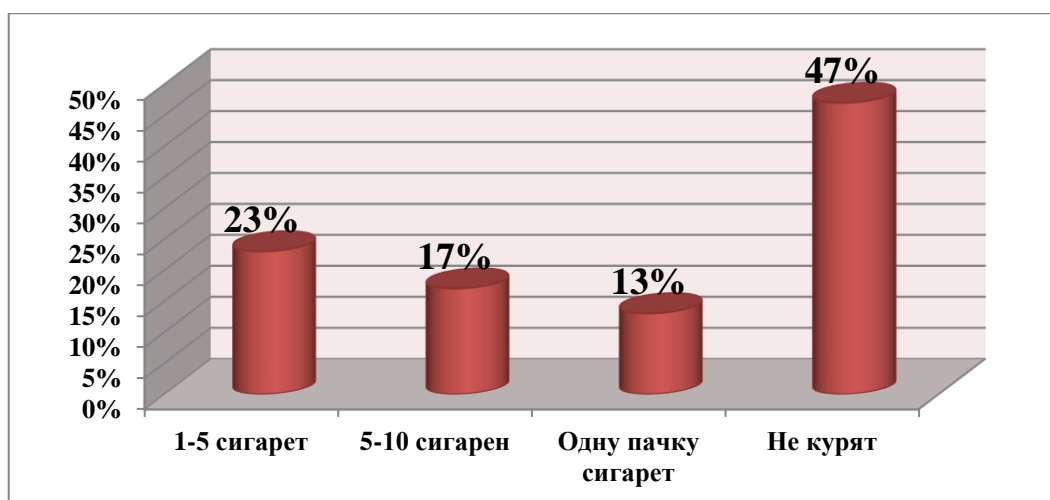


Рис. 18. Изменение отношения к курению

По предпочтению в пище 17% ответили, что в их планах употреблять жареную пищу, 33% - ответили, что теперь планируют отдавать предпочтение отварной пище, 30% планируют принимать пищу в тушёном виде, 20% не планируют изменять своих вкусовых привычек (Рис. 19).

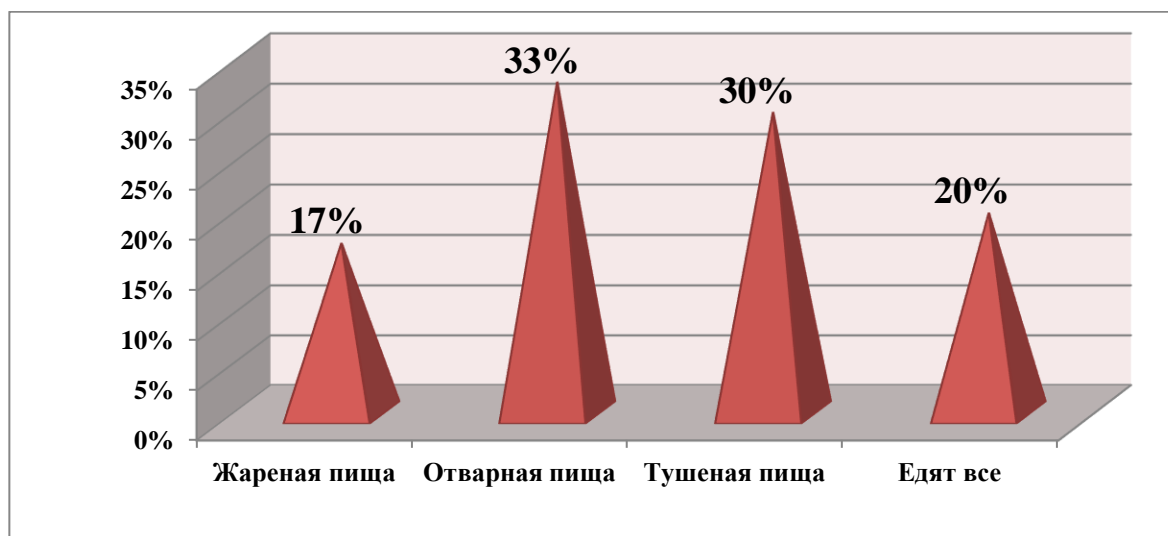


Рис. 19. Изменение предпочтений в пище

По данным повторного анкетирования стало известно, что 70% перед тем, как принять лекарственное средство, пойдут на консультацию к врачу, 17% - прочитают о лекарстве в книге/журнале, 13% - прочитают инструкцию к препарату (Рис. 20).



Рис. 20. Изменение способа получения информации о лекарственном препарате

По способу получения информации о своем заболевании 17% ответили, что будут брать информацию из интернета, 13% - будут получать информацию из книг, 7% - будут узнавать о заболеваниях из журналов, 10% - из телепередач. Значительно выросло количество пациентов, в планах которых получать информацию от медицинского персонала - 53% (Рис. 21).

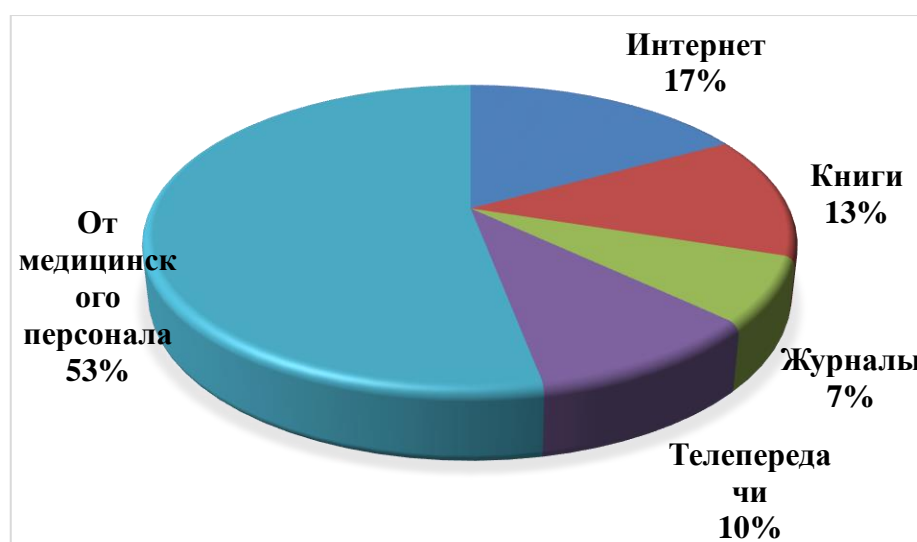


Рис. 21. Изменение способа получения информации о тех или иных заболеваниях

По итогам повторного тестирования было выявлено, что все пациенты 100 % проявляют интерес к профилактике заболеваний печени и желчевыводящих путей (Рис. 22).



Рис. 22. Интерес к профилактике заболеваний печени и желчевыводящих путей

По итогам повторного тестирования было выявлено, что все пациенты 100 % удовлетворены качеством проведенной профилактической работы (Рис. 23).



Рис. 23. Удовлетворенность качеством профилактической работы

Таким образом, после проведения профилактических бесед по итогам проведенного повторного анкетирования, мы можем увидеть изменение прежних показателей в сторону их улучшения.

Большинство респондентов намерены изменить образ жизни, режим питания, исключить вредные привычки, что имеет значение не только для профилактики возникновения заболеваний печени и желчевыводящих путей, но и для профилактики обострений.

2.2. Рекомендации медицинским сестрам при организации профилактики пациентам с желчнокаменной болезнью

1. Строгое исполнение назначений врача;
2. Создание комфортных условий для пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей:
 - организация лечебного питания;
 - обеспечение достаточного поступления жидкости;
 - обеспечение режима дня и адекватного сна;
 - помощь пациенту при рвоте;
 - помощь пациенту при лихорадке;
 - помощь пациенту при желчной колике.
3. Подготовка к лабораторным и инструментальным методам исследования, получение согласия о необходимости их проведения;
4. Беседа с пациентом о значимости диеты, о профилактике заболеваний печени и желчевыводящих путей;
5. Соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в отделении с целью профилактики возникновения внутрибольничной инфекции:
 - проведение всех типов уборок с использованием дез. средств;
 - контроль за проведением проветриваний, кварцевания;

- обучение родственников, находящихся в отделении, соблюдению сан.эпидрежима.

6. Оценка состояния пациента в пределах профессиональных компетенций:

- артериальное давление;

- температура тела;

- пульс;

- частота дыхательных движений;

- состояние слизистых оболочек;

- состояние кожных покровов;

- частота и характер стула, диуреза;

- положение в постели;

- проводить оценку качества предоставленного общего ухода и корректировать свою деятельность при необходимости.

7. Проводить обучение родственников уходу за больным, а также приёмам профилактики заболеваний печени и желчевыводящих путей.

8. Своевременное выявление новых проблем пациента с фиксацией в истории болезни.

9. Поддерживать пациента, поощрять соблюдение назначенного режима и диеты.

10. Формировать у пациента мотивацию к лечению заболевания.

11. Перечисленные сестринские компетенции направлены на улучшение физического и психологического здоровья, качества жизни пациентов, а также на профилактику осложнений.

На основании полученных данных, которые рассмотрены нами, были сделаны следующие выводы:

- Большинство опрошиваемых пациентов хирургического отделения ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода» не соблюдают основных принципов здорового образа жизни, что неблагоприятно влияет на их здоровье, в частности на печень и желчные протоки.

- Уровень знаний пациентов о профилактике заболеваний печени и желчевыводящих путей очень низок.

- Медицинским сёстрам необходимо больше уделять времени профилактике возникновения заболеваний печени и желчевыводящих путей.

Основными профессиональными и общими сестринскими компетенциями в лечении и уходе за пациентами с заболеваниями печени и желчевыводящих путей являются:

- строгое исполнение назначений врача;
- создание комфортных условий для пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей;
- подготовка к лабораторным и инструментальным методам исследования, получение согласия о необходимости их проведения;
- соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в отделении;
- проведение санитарно-просветительской работы и обучение пациента самоконтролю.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевания печени и желчевыводящих путей широко распространены во всём мире, а также имеют высокий показатель смертности, что делает их одной из ведущих проблем здравоохранения.

На распространённость и течение заболеваний печени и желчевыводящих путей влияет образ жизни человека, его режим питания, вредные привычки, а так же соблюдение правил личной гигиены. Высокая заболеваемость объясняется тем, что печень не имеет нервных окончаний.

Длительное отсутствие симптомов или невнимательное отношение к ним ведёт к тому, что пациент обращается за помощью на поздних стадиях заболевания. Залогом успешного лечения является профилактика и раннее выявление заболеваний печени и желчевыводящих путей.

Доказано, что чем выше уровень профилактической и лечебной помощи, тем ниже заболеваемость этих патологий. Большая роль в профилактике и лечении отводится медицинским сёстрам.

Их цель - доступно объяснить основные принципы предупреждения возникновения заболеваний печени и желчевыводящих путей, а также своевременно выявить проблемы пациента и оказать ему помощь.

На основе проведённого социологического исследования, нами были определены приоритетные проблемы пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей. Было выявлено, что более 60% опрошенных пациентов пренебрежительно относятся к здоровому образу жизни.

После проведения профилактических бесед, было проведено повторное социологическое исследование с помощью видоизмененной анкеты. Анализ и изучение полученных результатов показал, что более половины опрошенных намерены изменить свой образ жизни, отношение к профилактике заболеваний печени и желчевыводящих путей, а так же избавиться от вредных привычек. Таким образом, профилактические меры являются эффективным методом

оздоровления населения, предупреждающим развитие заболеваний печени и желчевыводящих путей и их осложнений.

Цель данной исследовательской работы можно считать достигнутой, так как в полной мере раскрыты поставленные для этого задачи исследования:

1. Нами рассмотрена статистика по распространенности желчнокаменной болезни.

2. Нами изучены особенности течения ЖКБ и его частого осложнения острого холецистита.

3. Проведено социологическое исследование пациентов гастроэнтерологического отделения ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгород», сделаны выводы по исследованию, разработана памятка пациента.

Доказано, что значение сестринской деятельности в профилактике желчнокаменной болезни немаловажно и заключается в регулярном повышении квалификации среднего медицинского персонала; внедрении в практику новейших технологий по диагностике, лечению и профилактике пациентов с ЖКБ; в пропаганде медицинским персоналом ЗОЖ, проведении бесед с пациентами и их родственниками по вопросам заболевания, его профилактике.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альперович, Б. И. Хирургия печени [Текст] / Б. И. Альперович. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
2. Агкацева, С. А. Сестринские манипуляции [Текст] / С.А. Агкацева. – М.: Медицина, 2014. - 100 с.
3. Аляутдин, Р.Н. Фармакология [Текст] / Р.Н. Аляутдин. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2019. – 320 с.
4. Барыкина, Н. В. Частная хирургия [Текст] / Н.В. Барыкина. – М.: Феникс, 2008. - 352 с.
5. Барыкина, Н. В. Сестринское дело в хирургии. Практикум / Н.В. Барыкина, О.В. Чернова. – М.: Феникс, 2011. - 202 с.
6. Барыкина, Н. В. Сестринское дело в хирургии. Практикум [Текст] / Н.В. Барыкина, О.В. Чернова. – М.: Феникс, 2015. - 460 с.
7. Барыкина, Н. В. Сестринское дело в хирургии: учебное пособие / Н.В. Барыкина, О.В. Чернова. – М.: Феникс, 2016. - 447 с.
8. Большаков, О. П. Оперативная хирургия и топографическая анатомия: учебник [Текст] / О. П. Большаков, Г. М. Семенов. - 2-е изд. – Санкт-Петербург: Питер, 2012. - 992 с.
9. Галкин, Р. А. Обследование хирургического больного : учеб. пособие [Текст] / Р. А. Галкин, И. В. Макаров, А. Ю. Сидоров ; ГОУВПО "СамГМУ". - Самара: [б. и.], 2008. - 40 с.
10. Галкин, Р.А. Ошибки в хирургической практике и их предупреждение: монография [Текст] / Р.А. Галкин, И.Г. Лещенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 432 с.
11. Гусейнов, А. З. Актуальные вопросы неотложной хирургии: метод. рек. / [Текст] А. З. Гусейнов, В. А. Вередченко; под ред. С. И. Емельянова. – М.: МИА, 2007. - 128 с.

12. Дмитриева, З. В. Теоретические основы сестринского дела в хирургии [Текст] / З.В. Дмитриева, А.И. Теплова. – М.: СпецЛит, 2010. - 253 с.
13. Евсеев, М. А. Уход за больными в хирургической клинике: учеб. пособие [Текст] / М. А. Евсеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 192 с.
14. Каган, И. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / И. И. Каган, С. В. Чемезов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с.
15. Ковалев, А. И. Хирургия: учебник [Текст] / А. И. Ковалев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 576 с.
16. Кузнецов, Н. А. Уход за хирургическими больными: учебник [Текст] / Н. А. Кузнецов, А. Т. Бронтвейн. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 288 с.
17. Кузнецов, Н.А. Основы клинической хирургии: практ. рук. [Текст] / под ред. Н. А. Кузнецова. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 672 с.
18. Кузин, М.И. Хирургические болезни [Текст] / М.И. Кузин.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2018. – 992 с.
19. Крылова, Н.Н. Хирургические болезни / Н.Н. Крылова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 624 с.
20. Миланов, Н.О. Госпитальная хирургия. Синдромология: учеб. пособие [Текст] / под ред. Н. О. Миланова, Ю. В. Бирюкова, Г. В. Синявина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 440 с.
21. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела [Текст] / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 368 с.
22. Нартайлаков, М. А. Хирургия печени и желчных путей [Текст] / М.А. Нартайлаков. – М.: Феникс, 2007. - 408 с.
23. Нурмаков, Д.А. Хирургические болезни [Текст] / Д.А. Нурмаков. – М.: Литтера, 2017. – 640 с.
24. Островская, И. В. Основы сестринского дела [Текст] / И. В. Островская, Н. В. Широкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 320 с.
25. Обуховец, Т.П. Теория и практика сестринского дела [Текст] / Т.П. Обуховец. – СПб.: Феникс, 2018. – 377 с.

26. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела [Текст] / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова, Б.В. Кабарухина. – СПб.: Феникс, 2019. – 938 с.
27. Петров, С. В. Общая хирургия: учебник [Текст] / С. В. Петров. - 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 768 с.
28. Перфильева, Г.М. Теория сестринского дела: учебник [Текст] / Г. М. Перфильева [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 256 с.
29. Савельев, В.С. Клиническая хирургия: нац. рук. В 3 т. Т. 1. [Текст] / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко; АСМОК. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 864 с.
30. Савельев, В.С. Клиническая хирургия: нац. рук. В 3 т. Т. 2. [Текст] / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко; АСМОК. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 832 с.
31. Суковатых, Б. С. Хирургические болезни и травмы: учеб. пособие [Текст] / Б. С. Суковатых, С. А. Сумин, Н. К. Горшунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
32. Стецюк, В.Г. Сестринское дело в хирургии [Текст] / В.Г. Стецюк. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014. – 720 с.
33. Черноусов, А.Ф. Хирургические болезни: учебник [Текст] / под ред. А. Ф. Черноусова. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. - 664 с.
34. Черноусов, А.Ф. Хирургические болезни: руководство по обследованию больного [Текст] / А. Ф. Черноусов. – М.: ГЭОТАР- Медиа, 2016. - 288 с.
35. Широкова, Н.В. Основы сестринского дела: алгоритмы манипуляций: учеб. пособие [Текст] / Н. В. Широкова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 160 с.
36. Яромич, И. В. Сестринское дело и манипуляционная техника [Текст] / И.В. Яромич. – М.: Феникс, 2012. - 284 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

**Анкета для изучения факторов риска и профилактики
желчнокаменной болезни**

Данное анкетирование проводится с целью изучения факторов риска и организации профилактики желчнокаменной болезни.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

- 1. Пол:** а) женский, б) мужской;
- 2. Наличие у родственников заболеваний печени и желчевыводящих путей:** а) да б) нет
- 3. Наличие избыточного веса:** а) да б) нет
- 4. Наличие стрессовых ситуаций:** а) да б) нет
- 5. Употребление алкоголя:** а) принимают ежедневно, б) раз в неделю, в) раз в месяц, г) выпивают только по праздникам, д) не принимают алкоголь вообще.
- 6. Отношение к курению:** а) выкуривают в день пачку сигарет, б) от 1 до 5 сигарет, в) курят 5-10 сигарет в день, г) не курят вообще;
- 7. Предпочтения в пище:** а) предпочитают жареную пищу, б) едят всё, в) предпочтение отварной пище, г) предпочитают копчёности, д) предпочитают тушёную пищу.
- 8. Количество времени, уделяемого прогулке** а) гуляют не больше часа в день, б) уделяют прогулке 1-3 часа, в) гуляют больше 3 часов, г) работают на дачах и огородах, д) не гуляют вообще.
- 9. Способы получения информации о лекарственном средстве:** а) консультируются с врачом, б) узнают о препарате в интернете, в) пользуются инструкцией, приложенной к препарату, г) не делают ничего.
- 10. Соблюдение графика дня:** а) имеют чёткий распорядок дня, б) не имеют графика, в) большую часть времени проводят на работе.
- 11. Источник знаний о заболеваниях:** а) информация из интернета, б) из книг и энциклопедий, в) из журналов и брошюр, г) из телепередач, д) от медицинских работников;
- 12. Соблюдение режима питания:** а) стараются принимать пищу в одно и то же время, б) принимают пищу 1 раз в день, в) едят, когда есть время.
- 13. Проявление интереса к профилактике заболеваний печени и желчевыводящих путей:** а) да б) нет
- 14. По соблюдению правил гигиены:** а) да б) нет
- 15. По частоте посещаемости врачей:** а) посещают врача только по случаю болезни, б) посещают врача раз в год, проходя медицинский осмотр.
- 16. Удовлетворенность качеством проведенной профилактической работы со стороны медицинских сестер в ЛПУ:** а) да б) нет в) не вполне удовлетворены.

Спасибо за участие в опросе!

Памятка пациенту с желчнокаменной болезнью

Желчнокаменная болезнь – это заболевание, сопровождающееся образованием камней в желчном пузыре (холецистолитиаз) или в желчных протоках (холедохолитиаз).

Камни образуются в результате осаждения желчных пигментов, холестерина, некоторых типов белков, солей кальция, инфицирования желчи, ее застоя, нарушения липидного обмена.

Факторы, которые повышают риск развития ЖКБ (холелитиаз):

Неправильное питание – голодание, переедание или большие промежутки времени между приемами пищи;

Употребление вредной, острой, жирной, жареной и пряной пищи;

Малоподвижный образ жизни;

Лишний вес, ожирение;

Прием некоторых лекарственных препаратов: гормональных контрацептивов, эстрогенов, фибратов, «Окреотид», «Цефтриаксон» и другие.

Аллергические реакции;

Беременность, особенно многократная;

Возраст (особенно после 70 лет) – чем человек старше, тем большая вероятность появления камней;

Наследственность.

Диета: Что можно есть при ЖКБ: нежирные сорта мяса и рыбы, каши (рис, овсянка, гречка обезжиренная молочная продукция (молоко, сметана, кефир, творог), яйца (1 в день), хлеб (лучше вчерашний или позавчерашний), оливковое масло, любые овощи и фрукты (все, кроме кислых), чай, некрепкий кофе с молоком, компоты, соки.

Что нельзя есть при ЖКБ: жирную, острую, пряную, жареную и копченую пищу, колбасы, консервы, жирные сорта мяса и рыбы (свинина, домашняя утка, сом, карась, карп, лещ), сало, жиры животного происхождения,

маринованные овощи, шпинат, чеснок, бобовые, алкоголь, крепкий кофе, газировку, виноградный сок, сдобу, шоколад.

Профилактика желчнокаменной болезни

Старайтесь питаться преимущественно натуральной пищей (растительного происхождения), которая обогащена витаминами, микроэлементами;

Избегайте или минимизируйте употребления малополезной и вредной пищи;

Больше двигайтесь, делайте утреннюю зарядку;

Не оставляйте на самотек любые заболевания, особенно желудочно-кишечного тракта, чтобы они не перешли в хроническую форму;

Не допускайте наличия лишних кг массы тела, избегайте ожирения;

Откажитесь от употребления алкогольных напитков;

Старайтесь не принимать лекарственные препараты без консультации с врачом;

Соблюдайте правила личной гигиены;

Соблюдайте режим работа/отдых/здоровый сон;

Избегайте стрессов.

БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ!