Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени

профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

«Сестринское дело» отделение

**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА**

«Организация сестринского процесса при дискинезии желчевыводящих путей

у детей старшего возраста»

тема

34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

код и наименование специальности

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Раздел.

Сестринский уход за больными детьми различного возраста

наименование междисциплинарного курса (дисциплины)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Касимова Я.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Фукалова Н.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

Работа оценена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2020г

СОДЕРЖАНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 3](#_Toc43390954)

[АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ 4](#_Toc43390955)

[ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ. ПОНЯТИЕ. ВИДЫ. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ 6](#_Toc43390956)

[КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА 7](#_Toc43390957)

[СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС 9](#_Toc43390958)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 14](#_Toc43390959)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 15](#_Toc43390960)

[ПРИЛОЖЕНИЕ 1 16](#_Toc43390961)

[ПРИЛОЖЕНИЕ 2 17](#_Toc43390962)

[ПРИЛОЖЕНИЕ 3 19](#_Toc43390963)

[ПРИЛОЖЕНИЕ 4 20](#_Toc43390964)

# ВВЕДЕНИЕ

Среди всех хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей дискинезия желчевыводящих путей составляет 80%. Распространенность заболеваний органов пищеварения составляет в детском возрасте в среднем 79,3 случаев на 1000 детского населения. Чаще всего они наблюдаются у детей в возрасте 5-6 и 9-12 лет, что связано с периодами наиболее интенсивного роста и развития всех органов и систем.

Исследования последних лет свидетельствуют о широком распространении заболевания у детей. В педиатрической практике наиболее часто встречаются функциональные нарушения билиарного тракта, реже – заболевания воспалительной природы (холецистит, холангит). Дисфункции желчевыводящих путей занимают 2-е место в структуре заболеваний органов пищеварения у детей.

Данная тема актуальна, так как заболевание прогрессирует. Поэтому необходимо задуматься о том, чтобы максимально минимизировать факторы, способствующие этому заболеванию, и организовать правильный сестринский уход за пациентами в стационаре.

Ввиду высокой степени заболеваемости дискинезией желчевыводящих путей, необходимо знать и уметь выполнять манипуляции по устранению приоритетных и потенциальных проблем пациентов, а также вести просветительскую работу среди населения для предупреждения и профилактики.

Целью данной работы является изучение научной медицинской литературы по теме исследования и конструирование проведения сестринского процесса при стационарном уходе за детьми старшего возраста с дискинезией желчевыводящих путей.

Объектом исследования являются пациенты гастроэнтерологического отделения.

Предметом исследования является профессиональная деятельность медицинской сестры гастроэнтерологического отделения при работе с детьми старшего возраста.

Для достижения поставленных целей необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить теоретический материал по данной теме исследования;
2. Изучить этиологию и патогенез, особенности клинических проявлений исследуемого заболевания;
3. На основе изученной литературы провести анализ организации сестринского процесса при дискинезии желчевыводящих путей у детей старшего возраста.

# АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Желчный пузырь представляет собой полый орган пищеварительной системы, в котором накапливается и концентрируется желчь, вырабатываемая печенью. Располагается на нижней поверхности правой доли печени и имеет форму овального мешка, величиной с небольшое куриное яйцо. От узкой части (шейки) пузыря идёт короткий выводной пузырный желчный проток.

Желчный пузырь новорожденного имеет длину около 3 см и веретенообразную форму. В возрасте 6-7 месяцев желчный пузырь приобретает грушевидную или воронкообразную форму, которая сохраняется в последующие годы.

Выделяют три конституциональные разновидности формы желчного пузыря у здоровых детей:

* нормостеники – соотношение длины к ширине составляет в среднем 2:1;
* астеники – соотношение длины к ширине превышает 3:1;
* гиперстеники – желчный пузырь имеет более округлую форму, соотношение длины к ширине 1,5:1.

Абсолютная емкость желчного пузыря у детей до 3х месяцев жизни – 3,2 см3, в возрасте от года до 3х лет – 8,6 см3, от 6 до 9 лет – 33,6 см3, у взрослых – 50-60 см3.

В норме желчный пузырь выполняет важные функции по обеспечению нормального пищеварения и выделению желчи. Последовательность основных функций желчного пузыря, следующая:

* накопление в полости желчного пузыря желчи, секретируемой печенью;
* концентрирование накапливаемой желчи с целью создания резерва веществ, достаточного для упреждающего обеспечения пищеварения с участием желчи;
* периодическое, с должным упреждением выделение в двенадцатиперстную кишку желчи с необходимой концентрацией её компонентов, в должные интервалы времени и в необходимых для нормального пищеварения количествах.

Нормальная работа желчевыделительной системы обеспечивается центральной и вегетативной нервными системами, регуляторными пептидами (холецистокинин, ацетилхолин, оксид азота, нейропептид Y, соматостатин, эндорфины, половые гормоны, нейротензин).

Для нормального желчеотделения необходимы следующие условия:

* ненарушенная функция печени, адекватный синтез и секреция желчных кислот;
* сохранение концентрационной функции желчного пузыря;
* сохранение моторной функции желчного пузыря;
* адекватное функционирование сфинктерного аппарата билиарной системы;
* отсутствие проявлений дуоденостаза.

Благодаря координации сократительной способности желчного пузыря и сфинктера Одди обеспечивается наполнение желчного пузыря в промежутках между приемами пищи.

Желчь представляет собой сложную биологическую жидкость. Основные компоненты желчи – желчные кислоты, холестерин, фосфолипиды и желчные пигменты. Желчь, образуясь в гепатоцитах, поступает в желчные капилляры, затем во внутридольковые желчные капилляры, правый и левый долевые протоки, общий печеночный проток. Общий желчный проток, началом которого считается место слияния печеночного протока с пузырным, соединяется с протоком поджелудочной железы внутри стенки двенадцатиперстной кишки. Часто оба протока впадают в общую ампулу, которая заканчивается узким каналом на вершине фатерова соска.

Желчные протоки имеют сложный сфинктерный аппарат, представляющий собой пучки продольных и циркулярных мышц:

* сфинктер Люткинса – в месте впадения пузырного протока в шейку желчного пузыря;
* сфинктер Мирицци – в месте слияния пузырного и общего желчного протоков;
* сфинктер Одди – располагается на конце общего желчного протока и регулирует не только поступление желчи, панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, но и предохраняет протоки от рефлюкса содержимого кишки.

Сфинктер Одди – фиброзно-мышечное образование, состоящее из собственно сфинктера большого дуоденального соска (сфинктер Вестфаля), который обеспечивает разобщение протоков с двенадцатиперстной кишкой, собственно сфинктера общего желчного протока и сфинктера панкреатического протока.

Физиологическое значение желчи заключается в:

* нейтрализации соляной кислоты, пепсина;
* активизации кишечных и панкреатических ферментов;
* фиксации ферментов на ворсинках;
* эмульгировании жиров;
* усилении всасывания витаминов А, Д, Е, К;
* повышении перистальтики кишечника, усиление тонуса кишки;
* уменьшении размножения гнилостных бактерий;
* стимуляции холереза в печени;
* экскреции лекарственных, токсических веществ, ядов и др.

При недостатке желчи в просвете кишечника:

* тормозится двигательная функция кишечника;
* уменьшается всасывание кальция, витаминов;
* увеличивается риск развития остеопороза;
* снижается уровень фибриногена;
* снижается уровень гемоглобина;
* возможно развитие язв, дисфункции половых желез, цирроза печени.

# ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ. ПОНЯТИЕ. ВИДЫ. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) – функциональное расстройство двигательной функции желчного пузыря, сфинктера Одди, приводящее к застою желчи.

В зависимости от типа функциональных нарушений в работе желчевыводящих путей у детей выделяют несколько видов заболевания:

* гипотонический – выражается в снижении тонуса сфинктера Одди;
* гипертонический – проявляется в повышении тонуса сфинктера;
* гипокинетический – связан с замедлением оттока желчи;
* гиперкинетический – сопровождается резкими выбросами желчи.

Довольно часто наблюдаются смешанные типы заболевания. Функционально каждый из типов дискинезии характеризуется различной симптоматикой и требует разного подхода при лечении и сестринского ухода.

Основными причинами развития ДСЖВ являются нарушения вегетативной нервной системы, патологические висцеро-висцеральные рефлексы, возникающие в результате заболеваний ЖКТ. Нарушениям моторики желчных путей способствуют изменение уровней нейромедиаторов и гуморальных факторов (холецистокинин), повышение давления в двенадцатиперстной кишке вследствие спазма сфинктера Одди. В результате нарушений в системе регуляции функций желчного пузыря и протоков, развиваются нарушения в работе сфинктерного аппарата, координации в работе сфинктеров и желчного пузыря, что приводит к нарушениям желчевыделения, застою желчи в билиарном тракте.

Нередко дискинезия желчных путей является следствием невроза, возникает у детей со множественными очагами вторичной инфекции, при лямблиозе, глистной инвазии, после перенесенного вирусного гепатита, дизентерии, при неправильном режиме дня (малоподвижный образ жизни, переутомление в школе), нарушенном режиме питания (нерегулярные или редкие приемы пищи с большими интервалами), насильственном кормлении, конфликтных ситуациях в школе, семье. Вторичные дискинезии развиваются при эндокринных заболеваниях, гепатитах, циррозах, хроническом холецистите, язвенной болезни.

Дискинезия желчных путей не проявляется в структурных изменениях внутренних органов – печени, желчного пузыря, протоков. Ее причина в нарушении их функции, что вызвано сбоями в работе ЦНС и вегетативной системы организма. Причины болезни следует искать гораздо глубже, чем это может показаться на первый взгляд – в подавляющем большинстве случаев в эмоциональном состоянии ребенка.

Стрессовые ситуации, повышенная эмоциональность, нервные срывы – все это отражается на состоянии организма детей и приводит к избыточным непроизвольным сокращениям желчного пузыря. Из-за этого в районе желчевыводящих путей скапливается избыток желчи, которая начинает густеть, теряя свои антибактериальные свойства и функциональное назначение. При этом внутри желчевыводящих путей начинается образование камней и тромбов, что препятствует естественному движению желчи к двенадцатиперстной кишке. В результате развивается само заболевание и становятся вероятными его осложнения.

Дополнительными факторами психосоматических причин развития заболевания могут стать:

* нерегулярное питание;
* избыток жиров в пище;
* большое количество острого, соленого, копченого в рационе;
* потребление вредной пищи;
* пищевые аллергии;
* кишечные паразиты (особенно опасны лямблии);
* побочные влияния некоторых фармакологических препаратов;
* болезни кишечника и отравления.

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В анамнезе детей с ДЖВП чаще всего выявляются: болевой синдром, диспепсические жалобы, астеновегетативные проявления. Клинические проявления различных форм патологии системы желчевыделения схожи. Характерны боли в области правого подреберья, приступообразные, колющие или ноющие, усиливающиеся при ходьбе и провоцируются погрешностями в диете. Часто выявляются пузырные симптомы: Ортнера, Керра, Егорова, френикус-симптом и др. Характер астеновегетативных проявлений очень разнообразен и зависит от вида вегетативных нарушений (ваготония или симпатотония). У таких детей часто выявляют: двигательную расторможенность, потливость, гиподинамию, сердцебиения, замкнутость, самообвинение. Диспептические проявления представлены: снижением аппетита, тошнотой, рвотой, отрыжкой, горечью во рту, изменениями частоты стула и т.д.

Основной симптом – боли в животе. При неосложненной форме дискинезии температурная реакция, воспалительные изменения в желчи и крови отсутствуют. Наблюдающийся субфебрилитет и другие воспалительные проявления могут быть связаны с очагами хронической инфекции в организме.

При гиперкинезии и гипертонии преобладают схваткообразные боли в животе, у девочек пре- и пубертатного возраста нередко сопровождаются усиленным сердцебиением и болями в области сердца. При гиперкинетической форме наблюдается быстрое опорожнение желчного пузыря: сразу или через 3-5 минут после введения стимулятора. В норме у здорового ребенка пузырный рефлекс возникает через 10-15 минут после введения стимулятора. В отдельных случаях при гиперкинетической форме имеет место спонтанное опорожнение пузыря. Обычно наблюдаются небольшие порции пузырной желчи светло-коричневого цвета. Рентгенологически также отмечается ускоренное опорожнение желчного пузыря (полное опорожнение за 30 минут). В норме у здорового ребенка через 30 минут после приема желчегонного завтрака (желток куриного яйца) желчный пузырь сокращается в поперечнике наполовину.

При гиперкинетическом течении заболевания, когда сокращения желчного пузыря усилены, наиболее интенсивно проявляется острая боль в правом подреберье. Она может распространяться на бедро, а также отдаваться в лопатку. Обычно боль носит не постоянный характер, а проявляется при употреблении жирной, острой, жареной пищи, в стрессовых ситуациях и при высоких физических нагрузках.

При гипокинетическом типе болезни дети ощущают постоянную тянущую боль в правом подреберье. Также присутствует чувство тяжести в животе, сопровождающееся потерей аппетита. Могут наблюдаться приступы тошноты, ощущение горечи во рту. Довольно часты нарушения стула — понос, запор или изменение цвета кала (он становится очень светлым).

При гипертонической форме дискинезии наблюдается более позднее получение пузырного рефлекса после введения раздражителя – через 25-45 минут и позже. Иногда пузырный рефлекс удается вызвать лишь после повторного введения стимулятора. Количество желчи либо уменьшено, либо определяется по нижней границе нормы. Желчь концентрированная, темно-коричневого или темно-оливкового цвета. В отдельных случаях пузырную желчь получить не удается.

Наиболее часто (60-70%) встречается гипотоническая форма дискинезии. В большинстве случаев эта форма наблюдается при более длительных сроках заболевания и сочетается с воспалительными изменениями в желчных путях. Боли чаще носят тупой, длительный характер. При пальпации болезненность определяется в зоне Шоффара, в правом подреберье, эпигастральной области. Наблюдается чаще замедленное получение пузырного рефлюкса. Количество пузырной желчи больше, чем в норме, цвет темно-коричневый. При холеграфии наблюдается удлинение латентного периода.

Дисфункция сфинктера Одди (билиарный тип) характеризуется приступообразными болями в эпигастрии и правом подреберье; положительными пузырными симптомами; повышением уровня трансаминаз в крови; расширением общего желчного протока; замедленным выведением контраста при ЭПРХГ. Косвенным признаком повышения тонуса сфинктера Одди является диаметр общего желчного протока более 10 мм и задержка контраста в нем более 45 минут. О дисфункции панкреатического протока говорит его расширение до 5 мм и замедленная эвакуация контраста из просвета.

Гиперфункция сфинктера Одди проявляется сильными схваткообразными болями в правом подреберье, напоминающими желчную колику с иррадиацией в спину, под правую лопатку. Боли провоцируются психоэмоциональными и физическими перегрузками, нередко пищевыми погрешностями.

Значительно чаще определяется гипофункция или недостаточность сфинктера Одди. Дети жалуются на тупые, реже приступообразные боли в правом подреберье, тошноту, отрыжку, рвоту. Боли могут быть ранними, возникающими спустя 10-20-30 мин после еды, или поздними, то есть появляющимися через 1,5-2 ч.

# СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС

Основной задачей медицинской сестры является организация правильного ухода за пациентами. Чаще всего ребенок, поступая в стационар, не знает своего диагноза и причины болезни, ввиду этого появляются дополнительные проблемы в форме страха, поэтому необходимо грамотно и четко объяснить диагноз, успокоить больного, это создаст более благоприятную и доверительную атмосферу для дальнейшего общения.

Этапы сестринского процесса включают в себя сбор информации о пациенте для диагностики заболевания (опрос, объективное обследование, лабораторные и инструментальные методы исследования), выявление проблем пациента – чем обусловлены существующие проблемы (нарушение пищеварения, нарушения функций вегетативной нервной системы и др.), планирование и реализация ухода за пациентом в стационаре.

**I этап. Сбор информации о пациенте для диагностики заболевания.**

Опрос. Характерные жалобы при гипертонической форме: на приступообразные, кратковременные, коликоподобные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину и под лопатку, в околопупочную область у детей младшего школьного возраста.

Характерные жалобы при гипотонической форме: на тупые, длительные боли в правом подреберье или околопупочной области, которые сопровождаются чувством тяжести или распирания в правом подреберье: тошноту иногда рвоту, горечь во рту, метеоризм, запоры.

Боли могут провоцироваться: погрешностями в диете – злоупотребление жирной, жареной, копченой, соленой пищей, газированных напитков; чрезмерными физическими и психоэмоциональными нагрузками.

Объективные методы обследования.

* Осмотр: бледность, синева под глазами, язык обложен беловато-желтым налетом, болезненность в правом подреберье при пальпации живота; у детей младшего школьного возраста в околопупочной области.
* Результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики: ОАК, ОАМ, копрологическое исследование кала; УЗИ-ультрасонография; УЗИ-холецистография – определение объема желчного пузыря натощак и после желчегонного завтрака (яичный желток); ФЭГДС; дуоденальное зондирование.

**II этап. Выявление проблем больного ребенка.**

У пациента с дисфункцией желчевыводящих путей нарушаются физиологические потребности: есть, пить, спать, отдыхать, общаться, учиться, играть, быть здоровым. Поэтому появляются проблемы, требующие решения.

1. Существующие проблемы, обусловленные нарушением тонуса и моторики желчевыводящих путей:

* боли в правом подреберье или околопупочной области;
* чувство тяжести или распирания в правом подреберье.

1. Существующие проблемы, обусловленные нарушениями пищеварения:

* тошнота, иногда рвота;
* горечь во рту;
* метеоризм;
* нарушения стула (запор/диарея);
* изжога;
* отрыжка.

1. Существующие проблемы, обусловленные нарушением функции вегетативной нервной системы:

* потливость;
* раздражительность;
* утомляемость;
* головные боли;
* боли в области сердца;
* похолодание конечностей.

**III-IV этапы. Планирование и реализация ухода за пациентом в стационаре.**

Цель сестринского ухода: способствовать выздоровлению, предотвратить риск возникновения осложнений и ухудшение состояния.

План сестринского ухода.

1. Обеспечить организацию и контроль над соблюдением лечебно-охранительного режима.

Независимые вмешательства:

* провести беседу с пациентом/родителями о заболевании и профилактике осложнений;
* объяснить пациенту/родителям о необходимости соблюдения постельного режима;
* контролировать наличие горшка в палате для пациента;
* предупредить пациента и/или его родителей о том, что ребенок должен мочиться в горшок. Посещение туалета временно запрещено.

Прием пищи и гигиенические процедуры в постели в положении сидя.

Мотивация: 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.

Независимое вмешательство:

* рекомендовать родителям принести любимые книжки, игрушки, предметы для творчества (раскраски, альбом, фломастеры и карандаши) в соответствии с возрастом ребенка;
* познакомить ребенка со сверстниками, имеющими положительный опыт лечения.

Мотивация: создание комфортных условий для ребенка на время прибывания в стационаре; уменьшение страха предстоящего лечения и заболевания; обеспечение общения со сверстниками.

3. Создание комфортных условий.

Независимые вмешательства:

* контролировать проведение влажной уборки и регулярного проветривания;
* контролировать регулярность смены постельного белья;
* контролировать соблюдение тишины в палате;
* своевременно удовлетворять потребности больного ребенка;
* создать в палате атмосферу психологического комфорта и поддерживать у ребенка положительные эмоции во время его пребывания в стационаре.

Мотивация: удовлетворение физиологических потребностей во сне и отдыхе; обеспечение комфортных условий на время пребывания в стационаре; профилактика ВБИ.

4. Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий.

Независимые вмешательства:

* провести беседу с пациентом и/или родителями о необходимости соблюдения личной гигиены;
* рекомендовать родителям принести зубную щетку и пасту, расческу, чистое сменное белье;
* контролировать и оказывать помощь ребенку при проведении гигиенических мероприятий (утренний и вечерний туалет, подмывание, смена нательного и постельного белья, уход за волосами и ногтями, уход за ротовой полостью);
* вовлекать ребенка в планирование и реализацию сестринского ухода, поощрять его к самоуходу при проведении личной гигиены.

Мотивация: обеспечение санитарно-гигиенических мероприятий; потребность быть чистым; создание комфортных условий для ребенка.

5. Обеспечивать ребенка необходимым питанием согласно назначенному диетическому столу, обеспечивать организацию и контроль над соблюдением диеты, продуктовыми передачами.

Независимые вмешательства:

* проведение беседы с пациентом и/или родителями об особенностях питания, о необходимости соблюдения диеты, рассказать об особенностях диеты, запрещенных и разрешенных продуктах;
* рекомендовать родителям приносить для питья минеральные воды;
* контролировать своевременный прием пищи;
* контролировать продуктовые передачи;
* оказывать помощь ребенку при приеме пищи.

Мотивация: удовлетворение физиологической потребности в пище; предупреждение усиленного образования желчи и раздражения желчных путей; профилактика обострения болевого синдрома.

6. Выполнять назначения врача.

Зависимые вмешательства:

* 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.

Независимые вмешательства:

* научить родителей/пациента правилам сбора мочи, кала; обеспечить посудой для сбора мочи и кала; контролировать сбор мочи и кала;
* заранее готовить ребенка к лабораторным и инструментальным методам обследования с помощью терапевтической игры, объяснять последовательность выполнения, терпеливо объяснять при этом непонятные слова и термины;
* перед каждым инструментальным исследованием провести психологическую подготовку ребенка/родителей объяснить цели и ход проведения исследования, научить ребенка правилам поведения, сопроводить на исследование.

Мотивация: профилактика осложнений; раннее выявление побочных эффектов; диагностика заболевания; получение более точных результатов исследований; эффективный подбор необходимого лечения; оценка работы печени, желчного пузыря, протоков, ЖКТ; контроль эффективности проводимого лечения; психологическая поддержка.

7. Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией пациента на лечение.

Независимые вмешательства:

* контроль аппетита, сна;
* выявление жалоб;
* измерение температуры тела утром и вечером;
* контроль физиологических отправлений;
* контроль АД, ЧДД, пульса;
* контроль состояния кожных покровов и видимых слизистых;
* контроль водного баланса;
* при ухудшении общего состояния срочно сообщить лечащему или дежурному врачу.

Мотивация: контроль эффективности проводимого лечения и ухода; раннее выявление и профилактика осложнений.

**V этап. Оценка эффективности ухода.**

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.

Медицинская сестра обязана провести с ребенком и родителями профилактическую и обучающую беседу о:

* заболевании, о причинах и факторах риска развития заболевания, клинических проявлениях, принципах лечения и возможных осложнениях;
* допустимой физической и психологической нагрузке (рекомендуется избегать физических и психических перегрузок, стрессов, занятия физкультурой проводятся в спец. группе – ЛФК);
* питании, правилах приема пищи, рассказать об особенностях назначенной диеты №5, обучить родителей приготовлению диетических блюд в домашних условиях и правилам подбора продуктов, контролировать режим приема пищи ребенка 4-5 раз в день, научить ребенка есть неторопливо, тщательно пережевывая пищу, следить за тем, чтобы он не переедал, посоветовать родителям изменить негативные семейные традиции в отношении питания (не переедать, отказаться от жирной, солёной, острой пищи), соблюдать основные принципы лечебного питания;
* правилах приема лекарственных препаратов, назначенных врачом;
* допустимых методах реабилитации (ЛФК, УВЧ, аппликации парафина, озокерита, электрофорез с папаверином и новокаином, электросон, теплые (36,6-37ºС) хвойные ванны, углекислые ванны (34-35ºС), СМТ, индуктотермия);
* необходимости создания ребенку оптимальных условий для жизни – физический и эмоциональный комфорт;
* необходимости поддержания дома спокойной обстановки;
* научить родителей в домашних условиях оказывать помощь при болевом синдроме, используя психологические приемы и медикаментозные способы;
* научить родителей правильному подбору трав для фитотерапии и приготовлению отваров;
* посоветовать родителям в домашних условиях продолжить курс лечения минеральными водами (при гипертонической дискинезии рекомендуется вода низкой минерализации (Ессентуки №4, 20, Нарзан) в теплом виде небольшими порциями, при гипотонической – вода высокой минерализации (Ессентуки №17, Арзни) комнатной температуры, с газами);
* порекомендовать родителям 1 раз в 7-10 дней проводить ребенку «слепые зондирования» (тюбажи по Демьянову) и обучить их технике проведения манипуляции;
* порекомендовать родителям при обострении заболевания обеспечить ребенку рациональный режим дня с пролонгированным сном, при бодрствовании – разнообразить досуг спокойными настольными играми, чтением интересных книг, прослушиванием музыки и другими любимыми занятиями;
* рекомендовать включить в режим дня занятия ЛФК, объяснить, что исходные положения на левом боку и четвереньках облегчают отток желчи в двенадцатиперстную кишку, а сочетание дыхательных упражнений с упражнениями для мышц брюшного пресса обеспечивают хороший дренаж желчевыводящих путей;
* рекомендовать всем членам семьи поддерживать здоровый образ жизни;
* убедить родителей продолжить динамическое наблюдение за ребенком врачом-педиатром и гастроэнтерологом после выписки из стационара с целью контроля состояния, своевременного назначения и проведения противорецидивного лечения.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе проведенного анализа литературы по теме исследования можно сделать следующие выводы: дискинезия желчных путей заболевание серьезное, развитие которого напрямую зависит от человека. Пусковым механизмом заболевания является нервно-психологическое перенапряжение, поэтому родителям необходимо создавать комфортные условия для ребенка, стараться контролировать свои эмоции, не поддаваться стрессу и депрессиям и обучать этому своё чадо. Борьба со стрессом, депрессивным настроем, ведение здорового образа жизни и проведение с ребенком психологически «разгружаемых» бесед – самый верный способ избежать данных проблем. Занятия спортом, правильное питание, пребывания на свежем воздухе, соблюдение режима труда и отдыха, контроль эмоций и позитивный настрой положительно сказываются не только в случае заболевания дискинезии, но и необходимы для человека, не страдающего данным заболеванием.

Со стороны медицинских работников стоит задача полномерного информирования населения, ведение просветительской работы. Ведь многие пациенты даже не задумываются о своем заболевании, не знают его причин и как с ним бороться, ввиду этого возникают дополнительные проблемы, такие как страх, что в свою очередь уже является стрессом для организма.

Выздоровление пациента в стационаре зависит не только от грамотно подобранного лечения врачом, но и от правильно организованного сестринского процесса, ведь медицинская сестра, установив доверительное отношение, контролирует выполнение пациентом назначения врача и контролирует эффективность его лечения.

Сестринский уход имеет важное значение, так как уже после выписки из стационара ребенок под контролем родителей должен будет придерживаться диеты и режима дня, и в обязанностях медсестры донести всю важность для его здоровья соблюдения этих правил.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. А.В. Тяжкая [Электронный ресурс]: Педиатрия, 2010 – Режим доступа: <https://books.google.ru/books?id=KR32CQAAQBAJ&pg=PA637&lpg=PA637&dq=%D0%B0%D1%84%D0%BE+%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE+%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B0&source=bl&ots=iSndE13edO&sig=ACfU3U2DAvLVVbfMpqFooZM_PEaSRpD27w&hl=ru&sa=X&ved=2ahUKEwjY8Nn774XqAhUBkMMKHSygCOQQ6AEwA3oECAoQAQ#v=onepage&q=%D0%B0%D1%84%D0%BE%20%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%82%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B0&f=false> (Дата обращения: 16.06.2020);
2. В. А. Плисов [Электронный ресурс]: Справочник медицинской сестры – Режим доступа: <https://info.wikireading.ru/80967> (Дата обращения: 16.06.2020);
3. М.Я. Студеникин – Справочник педиатра, 1994 – С. 156-157
4. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии [Электронный ресурс]: Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению дискинезии желчевыводящих путей, В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Ю.О. Шульпекова, Е.К. Баранская, А.В. Охлобыстин, А.С. Трухманов, Т.Л. Лапина, А.А. Шептулин, 2018 – Режим доступа: <file:///C:/Users/4/Desktop/%D0%97%D0%B0%D0%B3%D1%80%D1%83%D0%B7%D0%BA%D0%B8/242-241-1-PB%20.pdf> (Дата обращения: 16.06.2020);
5. «РМЖ (Русский Медицинский Журнал)» [Электронный ресурс]: Коровина Н.А., Захарова И.Н., Катаева Л.А., Шишкина С.В., «Болезни Органов Пищеварения» №1 от 04.06.2004 C. 28 – Режим доступа: <https://www.rmj.ru/articles/bolezni_organov_pishchevareniya/Disfunkcii_biliarnogo_trakta_u_detey_1> (Дата обращения: 16.06.2020);
6. Сестринское дело [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://sestrinskoe-delo.ru/sestrinskoe-delo-v-pediatrii/sestrinskiy-protsess-pri-diskinezii-zhelchevivodyashich-putey> (Дата обращения: 16.06.2020);
7. Medical Journal [Электронный ресурс]: Лечащий врач №07, 2008, В.А. Александрова – Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2008/07/5546305/> (Дата обращения: 16.06.2020);
8. OSTEOPOLYCLINIC [Электронный ресурс]: – Режим доступа: <https://www.osteopolyclinic.ru/disease/diskineziya-zhelchevyvodyashchih-putej-u-detej/> (Дата обращения: 16.06.2020);
9. Gimnastika.com [Электронный ресурс]: Сайт о лечебной физкультуре и гимнастике – Режим доступа: <https://gimnactika.com/lfk-zhelchniy-puzir/#i-2> (Дата обращения: 18.06.2020).

# **Приложение 1**

**Диетическое питание, согласно столу №5 (по Певзнеру М.И.)**

****

****

# **Приложение 2**

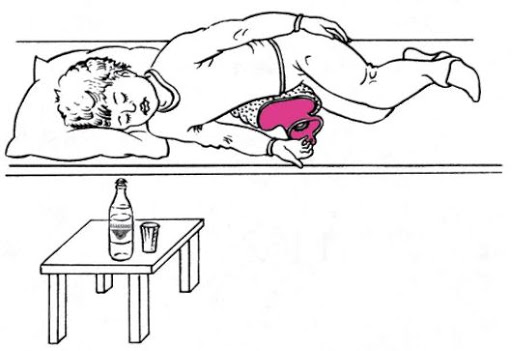
**Запрещенные и разрешенные продукты к употреблению по диетическому столу №5**

****

****

# **Приложение 3**

**Техника проведения тюбажа (по Демьянову Г.С.)**

****



# **Приложение 4**

**Комплекс упражнений ЛФК**

