**Министерство здравоохранения Московской области**

**Государственное бюджетное профессиональное**

**Образовательное учреждение Московской области**

**«Московский областной медицинский колледж»**

**Печатная работа**

На тему:

«Деятельность медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при осложнениях цирроза печени, вызванного гепатитом В в условиях стационара»

**Специальность:** 34.02.01Сестринское дело

Выполнила:

Короткова Юлия Геннадьевна

**Москва 2025**

**Содержание**

**Введение**

1. **Теоретический аспект данной проблемы**

**Определение болезни. Причины заболевания**

* 1. **Этиология**

### **Пути заражения**

### **Особенности цирроза печени у детей**

## **Симптомы цирроза печени**

* 1. **Симптомы распространённых форм ЦП**

### **Симптомы при малоактивных и начальных стадиях ЦП**

1. **Деятельность медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при осложнениях цирроза печени, вызванного гепатитом В в условиях стационара**
	1. **Принципы лечения**
2. **Профилактика**
3. **Заключение**
4. **Список используемой литературы**

**Введение**

Вирусные гепатиты являются серьезной медицинской проблемой, которая затрагивает миллионы людей по всему миру. Они представляют собой группу инфекционных заболеваний, поражающих печень и способных вызвать тяжелые осложнения, включая цирроз и рак печени. Существует несколько разновидностей вирусных гепатитов, включая гепатит А, В, C, D и E, каждый из которых имеет свои особенности передачи и проявления. Медсестры играют важную роль в профилактике и контроле этих инфекций, обеспечивая качественное медицинское обслуживание, информирование и вакцинацию пациентов, а также содействуя в разработке и внедрении национальных и глобальных стратегий по борьбе с вирусными гепатитами. Во-первых, медсестры играют ключевую роль в обеспечении качественного медицинского обслуживания пациентов с вирусными гепатитами. Они осуществляют мониторинг состояния пациентов, помогают в проведении лабораторных исследований для диагностики и контроля заболевания, а также обеспечивают пациентов необходимыми медикаментами и медицинским уходом. Кроме того, медсестры оказывают психологическую поддержку пациентам, помогая им справляться с эмоциональными трудностями, связанными с диагнозом вирусного гепатита. Важной частью профилактики вирусных гепатитов является вакцинация, и медсестры играют ключевую роль в проведении вакцинационных программ. Вакцинация против гепатита В является одной из наиболее эффективных мер по предотвращению этой формы гепатита. Медсестры проводят вакцинацию в медицинских учреждениях и в рамках массовых вакцинационных кампаний, информируют пациентов о необходимости вакцинации, а также следят за тем, чтобы вакцины были доступны и соответствовали стандартам качества. В настоящее время мы являемся страной с низкой эндемичностью по гепатиту В и С и средней эндемичностью по гепатиту А. Однако наибольшее бремя этих инфекций ложится на бедные группы населения и/или на группы с большей социальной и индивидуальной уязвимостью, такие как нелегальные потребители наркотиков, работники секс-бизнеса, бездомные, гомосексуалы и т. д. В этих социальных подгруппах доступ к услугам общественного здравоохранения обычно ограничен. Медицинские сестры могут способствовать выявлению этих групп населения и посредством профилактических действий по укреплению здоровья и контролю сотрудничать, чтобы прервать цепочку передачи и достичь амбициозной цели по ликвидации этих вирусов на планете.

В наше время цирроз печени - является актуальной медицинской и социально-экономической проблемой. Цирроз печени является причиной смерти в Европе и США до трех человек на каждые 10 тысяч. Ежегодно во всем мире он уносит жизни чуть больше четверти миллиона человек. Начиная с начала 2000 года отмечается увеличение частоты заболеваний на 12%. И сегодня цирроз печени уверенно входит в шесть основных причин смертности людей в возрасте 35-60 лет. У 15% людей, страдающих хроническим алкоголизмом, наблюдается бессимптомное развитие заболевания. Мужчины подвержены циррозу втрое больше женщин. Заболевание может развиться во всех возрастных группах, но чаще после 40 лет.

При циррозе печени развиваются необратимые изменения в структуре органа (избыточное разрастание соединительной ткани и формирование ложных долек).

Основными причинами возникновения цирроза печени являются алкоголизм и вирусные гепатиты. У пациентов с циррозами печени могут возникать различные проявления заболевания, которые зависят от причины, стадии болезни и активности патологического процесса.

Как показывает статистика обращений, ярко выраженные симптомы цирроза наблюдаются в 6 случаях из 10. Каждый пятый больной узнает о своем заболевании неожиданно: например, когда проходит обследование по совершенно другому поводу. А то, что в каждом третьем случае цирроз обнаруживается лишь после смерти человека, говорит о недостаточном внимании, которое люди уделяют этому опасному заболеванию, о незнании его многообразной симптоматики, а также о недостаточном профессионализме врачей, не определивших цирроз своевременно.

*Цирроз печени* – многофакторное прогрессирующее заболевание печени, характеризуется значительным уменьшением качества функционирующих гепатоцитов и замещение их соединительной тканью, перестройкой нормальной структуры печени и развитием в последующем печёночной недостаточности и портальной гипертензией.

Таким образом, под действием этиологических факторов происходит гибель печёночных клеток, и нормальная ткань печени замещается фиброзной с формированием узлов и перестройкой всей структуры печени, что приводит к нарушению всех её функций.

*Распространённость*

В экономических странах цирроз печени входит в число шести основных причин смерти больных от 35 до 60 лет. От цирроза печени ежегодно в мире умирает около 300 тыс. человек,

причём за последние 10 лет частота увеличилась на 12%. Чаще цирроз печени наблюдается у мужчин.

*Цирроз печени* – хроническое полиэтиологическое диффузное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры паренхимы и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

**Это должно быть в введении**

**Цель работы:** проанализировать деятельность медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при осложнениях цирроза печени, вызванного вирусным гепатитом В в условиях стационара.

**Объект исследования** – знания и навыки медицинских сестер в лечебно-диагностическом процессе при осложнениях цирроза печени, вызванного вирусным гепатитом В в условиях стационара.

**Предметом исследования –** комплекс мероприятий, проводимых средним медицинским персоналом в лечебно-диагностическом процессе при осложнениях цирроза печени, вызванного вирусным гепатитом В в условиях стационара.

**Задачи** **исследования:**

1. Изучить и проанализировать научно-методическую литературу и нормативную документацию по теме исследования.
2. Определить роль медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при осложнениях цирроза печени, вызванного вирусным гепатитом В в условиях стационара.
3. Проанализировать полученные данные, дать рекомендации.

## **Глава 1. Определение болезни. Причины заболевания**

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ (название главы)**

Гепатит – понятие, описывающее любое воспаление печени. Когда заболевание вызвано вирусом, его называют вирусным гепатитом. Эта инфекция может быть острой (краткосрочной) или хронической (длительной, обычно более 6 месяцев).

Несмотря на научные, диагностические и терапевтические достижения, а также профилактические меры, принятые посредством вакцинации, заражение вирусом гепатита В (ВГВ) по-прежнему остается глобальной проблемой здравоохранения, которую трудно контролировать, которая способна вызывать физические, психические и социальные последствия, ставя под угрозу качество медицинской помощи, жизни и повышение больничных расходов и показателей заболеваемости и смертности.

Оценка знаний, отношения и практики медсестер способствует эффективному, безопасному и качественному принятию решений, способствуя консолидации научно обоснованной практики. А при обнаружении несоответствий их необходимо рассматривать как параметры для разработки мероприятий, направленных на квалифицированную помощь и снижение прямых и косвенных воздействий, будь то финансовых, физических, психологических или социальных.

В последние годы роль сестринского дела стала ключевой для наблюдения и лечения многих пациентов. В настоящее время медсестра – это тот, кто наблюдает за пациентом во время лечения. Он гарантирует непрерывность ухода и обеспечивает терапевтическое обучение, чтобы при первом посещении предоставить необходимую информацию пациентам и членам семьи, чтобы они понимали и знали аспекты своего заболевания и, таким образом, могли эффективно с ним справиться, информацию о терапевтических методах лечения.

Что касается хронического гепатита В, то здесь совершенно иная ситуация. Несмотря на существование высокоэффективной вакцины, миграционные потоки привели к тому, что ВГВ продолжает оставаться относительно распространенной инфекцией в нашей среде. У некоторых из этих пациентов наблюдается коинфекция вирусом гепатита дельта. Эти последние пациенты являются наиболее серьезными, поскольку в настоящее время не существует радикального и эффективного лечения, и у многих со временем развивается цирроз печени.

В международной практике имеется должность медсестры по вирусному гепатиту – это медсестры-консультанты, которые работают с пациентами в обществе, общей практике или в больничной среде. Они обеспечивают связь между услугами специалистов государственных больниц и общей практикой, а также оказывают специализированную поддержку врачам общей практики для оказания помощи в лечении пациентов с гепатитом B.

Обладая передовыми знаниями и навыками в области тестирования, управления и лечения вирусного гепатита, они помогают в управлении пациентами с противовирусными препаратами и работают в совместном уходе с врачами общей практики, которые имеют опыт в назначении лекарств от гепатита В.

В рамках программы иммунизации против гепатита B и бытовые или сексуальные контакты с людьми с гепатитом B, имеют право на бесплатную вакцинацию.

Вакцинация является одним из наиболее эффективных способов предотвращения вирусных гепатитов, в частности гепатита B. Медсестры играют важную и неотъемлемую роль в проведении вакцинационных программ, обеспечивая не только безопасное и эффективное введение вакцин, но и осуществляя ряд других важных функций.

Вирусные гепатиты остаются одной из значительных глобальных проблем, и обеспечение эффективного лечения и качественного ухода для пациентов, страдающих этими инфекциями, требует комплексного и мультидисциплинарного подхода. В данном контексте медсестры занимают стратегически важную позицию в этих медицинских бригадах, выполняя роль не только в обеспечении непосредственного ухода за пациентами, но и в координации совместной работы различных медицинских специалистов.

Медсестры также играют существенную роль в образовании и информировании пациентов и их семей. Это включает в себя предоставление не только медицинских сведений, но и понятных и доступных объяснений, касающихся инфекции гепатита и методов лечения. По сути, медсестры действуют как связующее звено между медицинским сообществом и пациентами, обеспечивая понимание и сотрудничество в рамках лечебного процесса.

Необходимо подчеркнуть, что важность роли медсестры в сфере профилактики вирусных гепатитов простирается гораздо дальше, чем простое выполнение медицинских процедур. Фактически, они выступают как ключевое звено в целом комплексе мер, направленных на борьбу с этой инфекцией. Их роль включает в себя не только обеспечение качественного медицинского ухода, но также и содействие в повышении знаний и осведомленности пациентов по вопросам гепатитов, а также в активизации процесса вакцинации.

Медсестра обязана обеспечивать непрерывность ухода за пациентами, подвергаясь ряду действий, направленных на повышение уровня подготовки, информирования и осведомленности как самих пациентов, так и их близких или ухаживающих за ними лиц.

Следовательно, образование пациента в сфере терапии является ключевым фактором, способствующим расширению их знаний о состоянии и управлении собственным здоровьем. Кроме того, медсестра должна установить эффективные и оперативные системы связи между разными специалистами, обеспечивая двунаправленную коммуникацию между ними.

**Цирроз печени** (ЦП) — это хроническое дегенеративное заболевание печени, связанное с диффузным патологическим процессом, при котором нормальные клетки печени повреждаются, а затем замещаются рубцовой тканью, образуя избыточный фиброз и структурно-анатомические регенераторные узлы. (см. Приложение 1 (а)).

### **Этиология**

По этиологическим характеристикам можно выделить:

* распространённые формы ЦП;
* редкие формы ЦП.

К распространённым относят вирусные (В, С, D), алкогольные и метаболические формы цирроза печени.

Редкими формами ЦП являются:

* аутоиммунные, лекарственные, токсические, первичные и вторичные билиарные циррозы;
* генетически обусловленные патологии — гемохроматоз (нарушение обмена железа), болезнь Вильсона — Коновалова, дефицит белка альфа-1-антитрипсина, гликогеноз IV типа (недостаток ферментов), галактоземия, наследственная тирозинемия и непереносимость фруктозы;
* нарушение венозного оттока из печени — венокклюзионные формы ЦП (болезнь Бадда — Киари);
* тяжёлая правожелудочковая сердечная недостаточность;
* флебопортальные циррозы (типа Банти).

### **Пути заражения**

Заразиться циррозом печени нельзя. Однако, если он вызван вирусным гепатитом, то возбудитель может передаться через кровь, при половых контактах и от матери к ребёнку.

Основную роль в возникновении и развитии вирусного ЦП играют симптомные, малосимптомные и бессимптомные формы острого вирусного гепатита В, С, а также одновременное заболевание гепатитами В и D с последующим переходом в активный хронический вирусный гепатит. У большинства больных интервал между острым гепатитом С и клинически выраженными проявлениями ЦП превышает 30 лет. Только у мужчин, употребляющих более 50 г спирта в день, выраженные формы ЦП возникают через 13-15 лет.

Наиболее частыми причинами смерти больных ЦП является:

* большая печёночная недостаточность;
* кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода;
* первичный рак печени;
* иммунопротективная недостаточность, влекущая за собой активизацию инфекционных (микробных) процессов, в первую очередь спонтанного бактериального перитонита и пневмонии, а также возникновение оксидативного стресса.

У больных в терминальной (заключительной) фазе заболеваний печени в основном наблюдаются декомпенсированные формы цирроза печени: асцит, варикозное расширение вен пищевода и желудка, энцефалопатия и желтуха.

### **Особенности цирроза печени у детей**

Заболевание у детей встречается крайне редко и обычно связано:

* с аутоиммунным поражением печени;
* кардиогенными заболеваниями — лёгочной гипертензией и хронической сердечной недостаточностью;
* болезнью Бадда — Киари;
* врождёнными болезнями накопления — наследственным гемохроматозом, лизосомальными болезнями накопления, болезнью Вильсона — Коновалова;
* флебопортальным циррозом (типа Банти).

Прогноз у таких детей неблагоприятный, чаще всего они погибают, так как не успевают попасть к гепатологу и выяснить диагноз. Также они обычно страдают от множества сопутствующих болезней, в том числе от основного заболевания, ставшего причиной цирроза.

Проявления заболевания у детей и взрослых схожи. Единственный эффективный метод лечения цирроза у детей — это пересадка печени. Поэтому крайне важно вовремя диагностировать заболевание и встать в очередь на пересадку печени.

## **Симптомы цирроза печени**

Цирроз печени в течение длительного времени может протекать латентно, т.е. бессимптомно.

**Клиническая картина ЦП** зависит от его формы и течения, активности основного заболевания, а также наличия или отсутствия печёночно-клеточной недостаточности, синдрома портальной гипертензии, холестаза и внепечёночных проявлений.

Основные общие симптомы, которые чаще всего встречаются при ЦП:

* повышенная утомляемость;
* похудение;
* нарушения сознания и поведения;
* ухудшение аппетита и чувство дискомфорта в животе;
* пожелтение кожи, белковых оболочек глаз и слизистой;
* осветление или обесцвечивание кала;
* потемнение мочи;
* болевые ощущения в животе;
* отёки; (см. Приложение 1 (б))
* асцит (скопление жидкости в брюшной полости);
* кровотечения из носа, желудочно-кишечного тракта, дёсен или геморроидальных узлов, а также подкожные кровоизлияния;
* часто возникающие бактериальные инфекции (например, органов дыхания);
* снижение полового влечения;
* кожный зуд.

### **Симптомы распространённых форм ЦП**

При высокоактивном ЦП, кроме общей утомляемости, осветления стула и потемнения мочи, может возникать тупая боль в правом подреберье и вздутие живота.

Во время осмотра часто выявляют:

* субиктеричность (желтушность) склер;
* расширение вен брюшной стенки, напоминающее голову медузы;
* венозный шум при выслушивании в эпигастральной области живота (шум Крювелье — Баумгартена);
* серо-коричневатый цвет шеи;
* гинекомастию (увеличение грудных желёз);
* гипогонадизм (у мужчин);
* контрактуру Дюпюитрена (укорочение сухожилий ладоней).

Три последних признака цирроза печени зачастую наблюдаются при алкогольных ЦП.

В области грудной клетки в 50-80% случаев наблюдаются телеангиэктазии кожи (расширения мелких сосудов), чаще при алкогольных ЦП. Пальпаторно печень отчётлива уплотнена, имеет неровный нижний край. Размеры печени различны — от значительного увеличения до уменьшения.

Часто при пальпации выявляется умеренно увеличенная селезёнка, причём её край может выступать из-под рёберной дуги на 1-3 см.

При развитии ЦП появляются симптомы белково-энергетической недостаточности, асцит, отёки, а также печёночный запах при тяжёлой печёночной недостаточности.

### **Симптомы при малоактивных и начальных стадиях ЦП**

Данные формы ЦП зачастую протекают бессимптомно и выявляются в ходе периодических медицинских осмотров, диспансеризации, а также как случайная находка при обследовании пациента со смежной патологией или внепечёночными проявлениями.

При малоактивном ЦП, как правило, не возникают жалобы, связанные с печенью. Во время активного расспроса можно выявить весеннее снижение работоспособности, частые болезни, после которых возможны кровоточивость дёсен и потемнение мочи. Такие пациенты хуже, чем раньше, переносят длительные физические и нервно-психические нагрузки.

Желтухи и выраженного увеличения билирубина, за исключением периода интеркурентного острого гепатита, нет. Неяркая телеангиоэктазия кожи (сосудистые звёздочки) в области грудной клетки наблюдаются у 40-60% людей с ЦП.

Телеангиоэктазии кожи, плотная печень с фестончатым краем и умеренно увеличенная селезёнка — ценная клинико-диагностическая триада, которая с вероятностью 80-90% свидетельствует о ЦП или далеко зашедшем активном хроническом гепатите.

**Глава 2. Сестринский уход**

**«Деятельность медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при осложнениях цирроза печени, вызванного гепатитом В в условиях стационара» (название главы)**

**У НАС СЕЙЧАС НЕТ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА**

**I этап сестринского процесса – сбор информации.**

Клиническая картина.

У 20% цирроз печени протекает латентно и выявляется случайно во время обследования другого заболевания; у 20% диагноз устанавливается лишь после смерти.

*Жалобы:*

на боли в области правого подреберья и в области эпигастрия, усиливающиеся

после еды (жирная, жареная пища), физической нагрузки; тошноту, иногда рвоту (возможна кровавая рвота при кровотечении из расширенных вен пищевода); чувство горечи и сухости во рту; кожный зуд, утомляемость, раздражительность, похудание; половая слабость (у мужчин), нарушение менструального цикла (у женщин).

*Осмотр:*

исхудание вплоть до истощения, атрофия мускулатуры, снижение мышечного

тонуса и силы; отставание в росте и половом развитии, если заболевание развивается в детстве; кожа сухая, желтушно-бледная (желтуха появляется в поздних стадиях).

\*Желтуха появляется вначале на склерах, нижней поверхности языка, нёбе, на

лице, ладонях, подошвах, на всей коже.\*

Ксантелазмы чаще появляются при билиарном циррозе печени; пальцы в виде

барабанных палочек с гиперемией кожи у ногтевых лунок; расширение вен брюшной стенки вследствие затруднения кровотока в печени; «сосудистые звездочки» на коже верхней половины туловища; эритема ладоней – ярко-красный окрас теплых ладоней («печеночные ладони»); «лакированный» отечный необложенный язык бруснично-красного цвета; красная окраска слизистой оболочки полости рта. Гинекоматия у мужчин, атрофия половых органов, уменьшение выраженности вторичных половых признаков (снижение оволосения).

В выраженных случаях- асцит, отеки нижних конечностей, признаки геморрагического диатеза.

Пальпация:

печень увеличена, плотная, с острым краем (при алкогольном циррозе уменьшена)

Внепеченочные нарушения:

• Увеличение селезенки, проявляется анемией, лейкопенией, тромбоцитопенией;

• Рефлюкс-эзофагит, проявляется отрыжкой воздухом, желудочным содержимым, изжогой;

• Хронический гастрит, проявляется тупыми болями в эпигастрии, снижением

аппетита;

• Нарушение эндокринной системы, проявляется повышением сахара в крови,

Развивается сахарный диабет, нарушается функция половых желез, надпочечников, центральной нервной системы, проявляющиеся астенизацией, нарушением сна, снижением памяти, головными болями, дрожанием пальцев рук, апатией.

Осложнения.

1. Энцефалопатия с развитием печеночной комы;

2. Кровотечение из расширенных вен пищевода;

3. Кровотечение из варикозно расширенной нижней геморроидальной вены;

4. Тромбоз воротной вены;

5. Вторичная бактериальная инфекция (пневмония, сепсис, перитонит);

6. Прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность;

7. Трансформация цирроза печени в цирроз-рак.

**Лабораторные и инструментальные исследования.**

1. Общий анализ крови – анемия, увеличение СОЭ.

2. Общий анализ мочи – протеинурия, билирубинурия, отсутствие уробилина.

3. Анализ кала на стеркобилин – слабоположительный или отрицательный.

4. Биохимический анализ крови – гипербилирубинемия.

5. УЗИ печени и желчевыводящих путей, селезенки.

6. ФГДС – варикозно расширенные вены.

7. Радиоизотопная гепатография.

**III этап.**

Лечение и уход.

Лечебный режим.

1. В стадии ремиссии – облегченный режим труда: запрещаются физические перегрузки. При активном процессе и при декомпенсации – постельный режим. Запрещается употребление алкоголя, физиотерапевтические процедуры на печень, прием гепатотоксических лекарственных препаратов (транквилизаторы, фенацетин, антидепрессанты, барбитураты, нарокотики), печеночные экстракты, минеральные воды, лечебное голодание, желчегонные средства.

**Лечебное питание.**

Диета № 5, кратность приема пищи – 4-5 раз в день. При отечном синдроме

ограничение поваренной соли и жидкости.

Улучшение метаболизма гепатоцитов.

1. Витамины

2. Липоевая кислота, эссенциале

3. Кокарбоксилаза, витамин Е.

*Трансфузионная терапия.*

Проводится при печеночной недостаточности, в прекоматозном состоянии – в/в капельно 500 мл 5% глюкозы +кокарбоксилаза, 10% раствор альбумина.

*Патогенетическое лечение.*

1. Преднизолон

2. Делагил

3. Азатиоприн (имуран)

4. Колхицин

*Лечение отечного синдрома.*

1. Мочегонные – верошпирон, альдактон,триампур, фуросимид

2. Абдоминальный парацентез. Показания – асцит, не чувствительный к

лечению. Объем извлекаемой жидкости должен быть не более 3 литров

*Лечение кровотечения.*

1. Постельный режим

2. Холод на область эпигастрия

3. Восполнение ОЦК

4. Гемостатическая терапия

*Хирургическое лечение.*

Применяется при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

Трансплантация печени.

При выполнении первого этапа сестринского процесса — сборе анамнеза и осмотре больного с подозрением на ЦП — медицинская сестра выясняет, не диагностировался ли у него в прошлом острый и хронический гепатит, заболевания желчевыводящих путей, не было ли частых инъекций лекарственных веществ и переливаний крови, лечения гемодиализом. Следует расспросить его и об отношении к алкоголю, наркотикам, особенностях профессиональной деятельности и контактах с токсическими веществами, использовании гепатотоксичных лекарственных средств. Аналогичные данные выясняют и в отношении членов семьи обследуемого и его близких родственников.

У пациента с диагностированным циррозом печени выясняют причины ухудшения течения заболевания, возможную их связь с нарушениями диеты и режима медикаментозного лечения.

Анализ анамнестических данных и результатов объективного обследования позволяет медицинской сестре оценить состояние пациента и провести сестринскую диагностику — определить *проблемы пациента*, *наиболее важными из которых при циррозе печени являются:*

* общая слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности;
* нарушения настроения, сна, способности к мыслительной деятельности;
* ощущение дискомфорта и тяжести в верхней половине живота;
* диспептические расстройства (горечь во рту, тошнота, отрыжка, снижение или отсутствие аппетита);
* вздутие живота (метеоризм);
* увеличение размеров живота-асцит;
* зуд кожи;
* геморрагические проявления на коже (синяки, кровоподтеки), риск возникновения кровотечений;
* недостаточная осведомленность пациента о причинах, методах предупреждения и лечения заболевания, мероприятиях по изменению образа (стиля) жизни.

Главная роль в решении разнообразных проблем и нарушенных потребностей пациента принадлежит осуществлению медицинской сестрой плана врачебных диагностических и лечебных мероприятий в сочетании с лечебным питанием. Это она должна учитывать при построении и реализации плана мероприятий сестринского ухода. При его планировании медицинская сестра анализирует ситуацию в семье, возможность оказания психологической, физической и материальной помощи пациенту, выясняет представления пациента об имеющемся у него заболевании, необходимости проведения диагностических и лечебных назначений. Она старается снять страх и беспокойство больного в связи с недостатком информации: объясняет целесообразность и диагностические возможности лабораторных и инструментальных исследований, способы профилактики заболевания и его обострений.

В процессе ухода медсестра готовит пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям, обучает его методам ухода и самоухода, следит за соблюдением режима, изменениями самочувствия и общего состояния больного, выявляет новые симптомы заболевания и своевременно сообщает об этом врачу. Медицинская сестра информирует пациента о принципах диетического и медикаментозного лечения, следит за их выполнением, выявляет побочные (отрицательные) эффекты лекарственных средств. Она способствует созданию спокойной и доброжелательной атмосферы в окружении пациента, разумно ограничивает его физическую активность, обеспечивает полноценный отдых и сон для уменьшения общей слабости и утомляемости.

Соблюдение гигиены полости рта (полоскания, осторожная чистка зубов с применением ароматизирующих и дезинфицирующих паст, использование леденцов для устранения горечи во рту), правильное питание частыми и малыми порциями, тщательно пережевывая пищу, способствуют улучшению аппетита, уменьшению или исчезновению диспептических проявлений заболевания.

С этой же целью рекомендуют пить негазированную минеральную воду (боржоми, ессентуки и др.) маленькими глотками, сосать кусочки льда, лимона или апельсина, мятные конфеты и др.

Увеличение печени и скопление жидкости в брюшной полости (асцит) приподнимает диафрагму, нарушает вентиляционную функцию легких и вызывают одышку. Постельный или полупостельный режим, полусидячее положение больного, ношение свободной одежды наряду с мероприятиями по уменьшению отечного синдрома приводит к улучшению дыхания — уменьшению или исчезновению одышки. Медицинская сестра контролирует выполнение предписанного врачом водно-солевого режима, прием мочегонных препаратов, ежедневно измеряет количество выпитой и выделенной жидкости, массу тела и объем живота. Она следит за состоянием больного после выполненного врачом откачивания жидкости из брюшной полости.

Важной составной частью сестринского ухода является устранение зуда кожи. Он, как правило, сочетается с желтухой, обусловлен нарушениями оттока желчи из внутрипеченочных протоков, задержкой желчных кислот в организме. В этом случае рекомендуют коротко стричь ногти, применять увлажняющие и смягчающие кожу мыла на масляной основе и содержащие ланолин противозудные кремы и лосьоны, переворачивать больного в постели каждые два часа, следить, чтобы одежда и постельное белье были сухими. Уменьшению зуда способствуют успокаивающие теплые ванны с масляными добавками при условии соответствия температуры воды температуре тела пациента.

Особого внимания заслуживают меры по предупреждению кожных геморрагий, носовых, пищеводно-желудочных, почечных и других видов кровотечений. Пациенту рекомендуют избегать раздражений и повреждений кожи и слизистых оболочек: чистить зубы мягкой зубной щеткой, не употреблять грубую и твердую пищу, использовать белье и постельные принадлежности из мягкой ткани. Он должен выработать привычку осторожно сморкаться, чихать и кашлять, не натуживаться в туалете. Противопоказаны выраженные физические нагрузки и занятия спортом, горный и водный туризм.

Медицинская сестра обязана своевременно диагностировать и оказывать доврачебную медицинскую помощь пациенту при наиболее грозном осложнении цирроза печени — *пищеводно-желудочно-кишечном кровотечении*, которое характеризуется обильной кровавой рвотой, нередко цвета кофейной гущи, в сочетании с изменениями окраски и консистенции кала (липкий, кашицеобразный, дегтеобразный кал). Возникает резкая слабость, бледность кожных покровов, отмечают снижение артериального давления, частый слабый пульс. В такой ситуации необходимо незамедлительно вызвать врача, положить пузырь со льдом на живот, по возможности успокоить больного, прекратить прием воды и пищи, соблюдать постельный режим в течение 1-2 недель. Пациента, как правило, экстренно госпитализируют в хирургическое отделение.

Больной должен знать об опасности возникновения у него кровотечений и владеть общедоступными способами их остановки.

Свойственная больным ЦП восприимчивость к инфекционным заболеваниям предусматривает строгое соблюдение противоэпидемических мероприятий в больничных и домашних условиях, принципов асептики при неинвазивных и инвазивных вмешательствах, своевременное выявление инфекционных осложнений со стороны желудочно- кишечного тракта (спонтанный бактериальный перитонит), органов дыхания (бронхит, пневмония), мочевыделительной (цистит, пиелонефрит) системы.

* 1. **Принципы лечения**

Современное лечение ЦП предусматривает замедление прогрессирования заболевания, уменьшение или ликвидацию клинических проявлений осложнений — печеночной энцефалопатии, геморрагического синдрома, портальной гипертензии и ее последствий (асцита, кровотечений из вен пищевода, желудка и кишечника).

Стационарное лечение показано больным ЦП в стадии декомпенсации: наличие печеночной энцефалопатии, асцита и его осложнений, выраженного геморрагического синдрома, почечной недостаточности. Больные нуждаются в щадящем (полупостельном или постельном) режиме с ограничением физической активности и психоэмоциональных напряжений.

Лечебное питание предупреждает неблагоприятные реакции на лекарственные препараты или уменьшает их выраженность, создает условия для оптимального пищеварения, способствует уменьшению или исчезновению ощущений дискомфорта и тяжести в верхней половине живота, метеоризма, диспептических расстройств. Питание должно быть частым (4-5 раз в сутки), малыми порциями, механически и химически щадящим, содержать достаточное количество белков и углеводов с ограничением количества жиров. Появление признаков печеночной энцефалопатии является показанием к ограничению содержания белка в суточном рационе до 30-40 г. При задержке жидкости в организме (асцит, отеки ног) ограничивают ее потребление до 900-1000 мл с одновременным уменьшением поваренной соли в диете до 2 г в сутки.

Вне зависимости от степени тяжести ЦП ограничивают потребление жирных, жареных, острых блюд, копченостей, субпродуктов, газированных напитков. Полностью исключают алкогольные напитки. Увеличивают содержание зерновых продуктов, овощей и фруктов при достаточном количестве нежирных говядины, телятины, рыбы и птицы. Больные нуждаются в дополнительном поступлении в организм витаминов В,, В2, В6, В12, Е, К, аскорбиновой и фолиевой кислот.

*Медикаментозной терапии* принадлежит ведущая роль в лечебном процессе. Следует максимально ограничить количество лекарственных препаратов и использовать строго по показаниям только необходимые и эффективные средства.

В тех случаях, когда ЦП является исходом хронических вирусных гепатитов, возможно использование противовирусных препаратов парентерально (а-интерферон, пегилированные а-интерфероны) или внутрь (ла- мивудин, телбивудин, рибавирин). При развитии ЦП на фоне хронического аутоиммунного гепатита иногда применяют кортикостероиды (преднизо- лон и др.) и цитостатические препараты (азатиоприн и др.).

Достаточно широко и независимо от причин ЦП применяются гепато- протекторы — лекарственные средства, защищающие клетки печени от повреждающего действия токсических продуктов метаболизма (адеме- тионин, эссенциале-форте, глютаминовая кислота, карсил, гепатофальк- планта и др.). Универсальными лечебными средствами, улучшающими пищеварение и уменьшающими выраженность диспептических расстройств, являются полиферментные препараты (панзинорм-форте, мезим-форте, пан цитрат, креон и др.).

Предупреждает прогрессирование печеночной недостаточности и поражение нервной системы антибактериальная терапия (метронидазол, ле- вофлоксацин, пефлоксацин, азитромицин) и использование лекарственных препаратов (лактулоза, орницетил и др.), уменьшающих содержание аммиака в организме.

Наличие портальной гипертензии и ее последствий — асцита и отека нижних конечностей — является показанием для назначения мочегонных препаратов (спиронолактон, фуросемид, этакриновая кислота и др.), при их неэффективности — использования лапароцентеза.

Уменьшению или исчезновению зуда кожи, свойственного билиарному ЦП, способствуют применение холестирамина — ионообменной смолы, поглощающей в кишечнике желчные кислоты, а также урсодезоксихолевой кислоты, способствующей выведению желчных кислот из организма.

Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка проводят в хирургическом (реанимационном) отделении и применяют целый ряд гемостатических мероприятий, наиболее важными из которых являются переливание свежезаготовленной крови, полиглюки- на, реополиглюкина, внутривенные инъекции аминокапроновой кислоты, антигемофильной плазмы, викасола, вазопрессина, сандостатина и др. Дополнительно внутрь назначают антибактериальные препараты (неомицина сульфат, левофлоксацин, метронидазол), антациды (альмагель, фосфалfore ль и др.), лактулозу, а также высокие очистительные клизмы с сульфатом магния с целью профилактики печеночной комы.

Безуспешность перечисленных мероприятий является показанием для эндоскопических и хирургических способов лечения пищеводно-желудочных кровотечений. В конечной (декомпенсированной) стадии ЦП возможна постановка вопроса о пересадке (трансплантации) печени.

1. **Профилактика**

Первичная.

1. Профилактика эпидемических и сывороточных гепатитов;

2. Рациональное питание;

3. Санитарно-технический надзор на производстве;

4. Борьбы с алкоголизмом;

5.Своевременное лечение хронических гепатитов и заболеваний, протекающих с нарушением оттока желчи.

Вторичная.

1. Диспансерное наблюдение 2 раза в год;

2. Диета № 5, 4-5 разовое питание;

3. Ограничение физических нагрузок;

4. Исключение алкоголя;

5. 1-2 раза в год курсы витаминотерапии, эссенциале;

При необходимости больные переводятся на инвалидность.

Профилактика цирроза печени предусматривает проведение двух групп мероприятий: 1) раннего выявления и лечения хронических гепатитов преимущественно вирусного, алкогольного, токсического, в том числе лекарственного, происхождения; 2) предупреждения прогрессирования ЦП и возникновения его осложнений — печеночной недостаточности и портальной гипертензии.

Важную роль играет идентификация хронических вирусных гепатитов с помощью серологических (маркеров вирусов), биохимических и инструментальных исследований в группах риска: пациенты, нуждающиеся в переливании крови, а также отделений гемодиализа, медицинские работники, наркоманы, заключенные и мужчины-гомосексуалисты. Аналогичные исследования способствуют диагностике хронического алкогольного гепатита у людей, злоупотребляющих алкоголем. Обследованию подлежат люди, контактирующие на производстве и в быту с токсическими веществами или применяющие гепатотоксические лекарственные средства.

Предупреждению прогрессирования ЦП при постоянном диспансерном наблюдении за больным в амбулаторно-поликлинических условиях способствуют соблюдение им правильного (лечебного) питания, длительное применение лекарственных средств (полиферментные, мочегонные препараты, гепатопротекторы и др.), исключение употребления алкоголя и курения, тяжелых физических нагрузок, предупреждение запоров. Необходимо обучить больного простым приемам самообследования, результаты которого с интервалом в 2-3 дня он заносит в тетрадь (дневник самообследования). Пациент записывает в дневнике следующие сведения: дату, массу тела, частоту и цвет кала. Увеличение массы тела за 3-4 дня более чем на 1 кг свидетельствует о внутренних отеках (задержке жидкости). Наличие кала черного цвета возможно при кровотечении в пищеводе, желудке или верхних отделах кишечника. Появление любого из этих признаков требует безотлагательного обращения пациента к врачу.

При наблюдении за больным в домашних условиях медицинская сестра осуществляет целый ряд изложенных выше мероприятий, касающихся сестринского ухода.

1. **Заключение**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ДОЛЖНО БЫТЬ ПО ТЕМЕ: «Деятельность медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе при осложнениях цирроза печени, вызванного гепатитом В в условиях стационара»

Для обеспечения высококачественного ухода за пациентами с вирусными гепатитами медсестры также должны активно взаимодействовать с другими членами медицинской бригады, такими как врачи, фармацевты и социальные работники. Это сотрудничество способствует разработке комплексных и индивидуально настроенных планов ухода, учитывающих уникальные потребности каждого пациента.

Однако важно отметить, что эффективное лечение вирусных гепатитов требует не только медицинских компетенций, но и социальной поддержки. Медсестры должны способствовать психосоциальному благополучию пациентов и их семей, предоставляя информацию о доступных ресурсах и программам поддержки. Это помогает пациентам справляться с физическими и эмоциональными аспектами болезни, улучшая их качество жизни и перспективы выздоровления.

Таким образом, роль медсестры в профилактике вирусных гепатитов простирается далеко за пределы выполнения медицинских процедур. Они являются центральной фигурой в мультидисциплинарной команде, которая обеспечивает интегрированный и комплексный подход к уходу за пациентами, придавая приоритет пациентскому образу жизни и благополучию.

**5. Список используемой литературы**

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 года № 906 н «Об утверждении стандарта медицинской помощи населению по профилю "Гастроэнтерология"».
3. Шулутко Б.И. Болезни печени и почек. — СПб.: Изд-во СПб СГМИ, 1993.
4. Алексеева О.П., Курышева М.А. Цирроз печени и его осложнения. - М: НГМА, 2008
5. Панахова С. П., Велиханова Д. М., Гасанова А. П., Шамхалов 3. М. К вопросу лечения осложнений цирроза печени // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2008
6. Борисовская А.О., Заяц Н.А. (2020). Анализ заболеваемости острым и хроническим вирусным гепатитом С за 2006-2017 гг.

**Приложение 1**

(а)



(б)

