



ИНСТИТУТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ


КАФЕДРА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА



СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Ассистент кафедры Кунгурцева М.Ю.

ХАБАРОВСК
2019 г.



ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – хроническое рецидивирующее заболевание, проявляющееся образованием дефекта (язвы) в слизистой оболочке желудка или ДПК.

Язвенный дефект (в отличие от эрозии) проникает за мышечную пластинку слизистой оболочки

Код МКБ – 10: К 25 – Язва желудка

К 26 – Язва двенадцатиперстной кишки

ЭТИОЛОГИЯ

Признанными факторами развития ЯБ считаются:

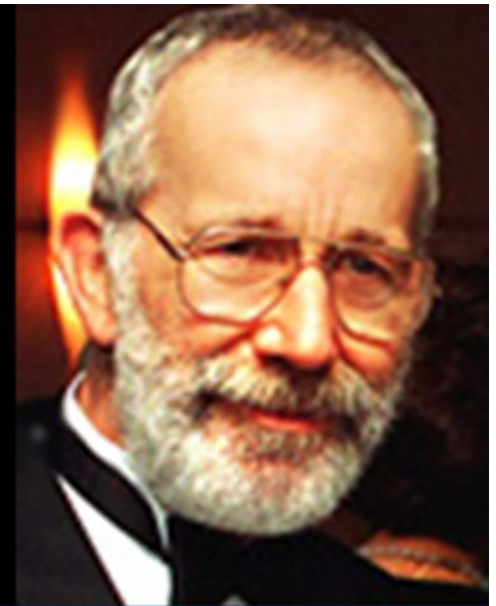
- инфицирование хеликобактерной инфекцией (90% дуоденальных и 70-75% желудочных язв),
- повышение секреции желудочного сока,
- снижение факторов защиты слизистой оболочки (бикарбонаты, простагландины, мукопротеины, достаточная микроциркуляция),
- наследственная предрасположенность.

**The Nobel Prize
in Physiology or Medicine
2005**

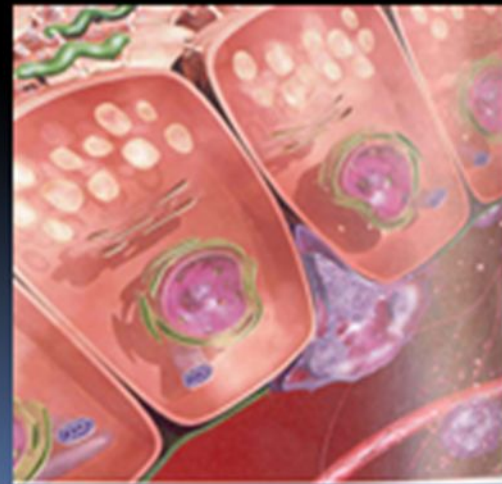
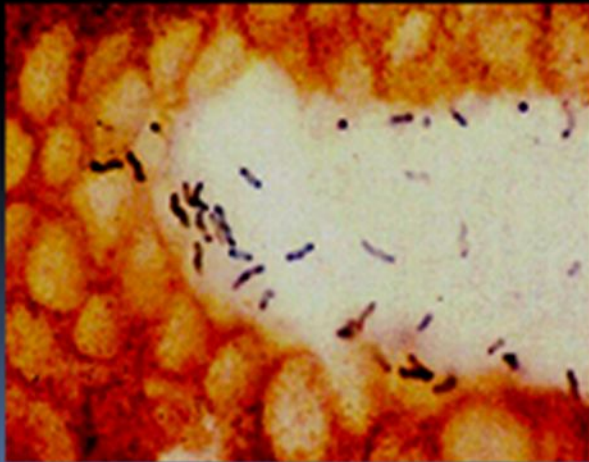
Helicobacter pylori Research
Laboratory, QEII Medical
Centre; University of
Western Australia, Nedlands,
Australia

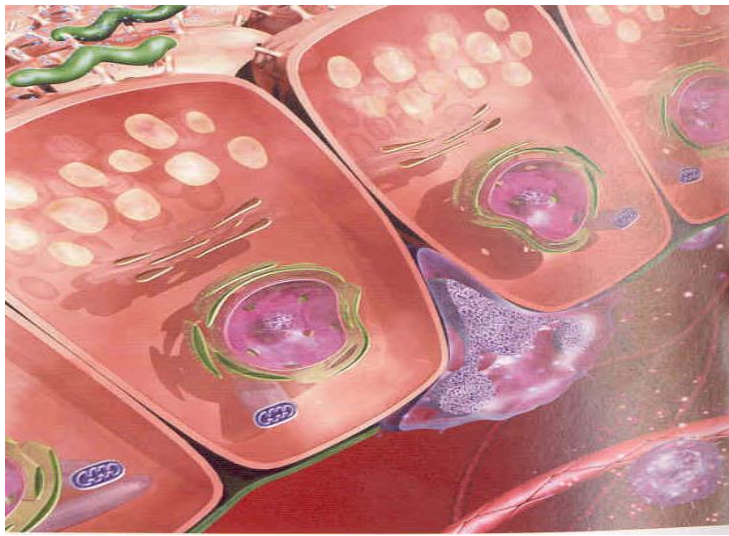


Barry J. Marshall



J. Robin Warren





С эволюционной точки зрения: хеликобактериоз является дополнительным фактором риска атеросклероза и ИБС.

С клинической точки зрения:

1. Хеликобактериоз играет важнейшую роль в развитии кислотозависимых заболеваний, при которых гиперацидность является конституционально-генетическим фактором.

2. Хеликобактериоз является этиологическим фактором развития атрофии слизистой и рака желудка

ЭТИОЛОГИЯ РАЗНАЯ, ПАТОГЕНЕЗ РАЗНЫЙ: РЕЗУЛЬТАТ ОДИН - ГИПЕРАЦИДНОСТЬ.




“Первичные”
кислотозависимые
заболевания:
высокая секреция
соляной кислоты

“Вторичная”
гиперацидность:
блокада
естественного
ощелачивания
желудка и ДПК

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИОЛОГИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Нарушения ощелачивания желудка и 12-перстной кишки – вторичная гиперацидность – главная причина диспепсии в пожилом и старческом возрасте: на фоне атеросклероза и приема аспирина секреция соляной кислоты сохраняется, а секреция гидрокарбоната – нет.

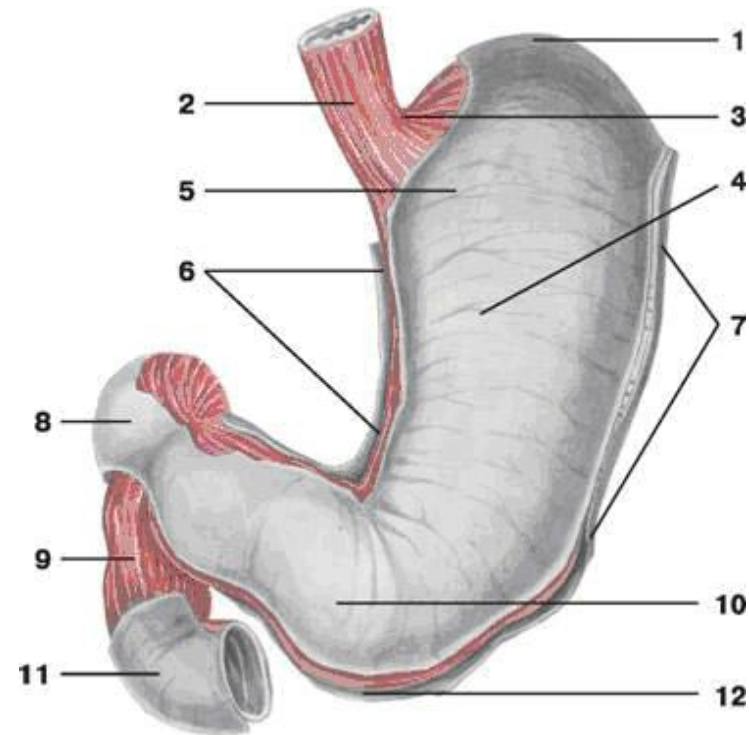
Даже при отсутствии ожирения, ЖКБ и панкреатита у пациентов пожилого и старческого возраста стойкая диспепсия опасна, поскольку ишемии органов пищеварения на фоне атеросклероза аорты или ИБС могут привести к желудочно-кишечному кровотечению из язв (или эрозий) или кишечной непроходимости.



**АНАТОМИЯ И
ФИЗИОЛОГИЯ
ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ
КИШКИ**

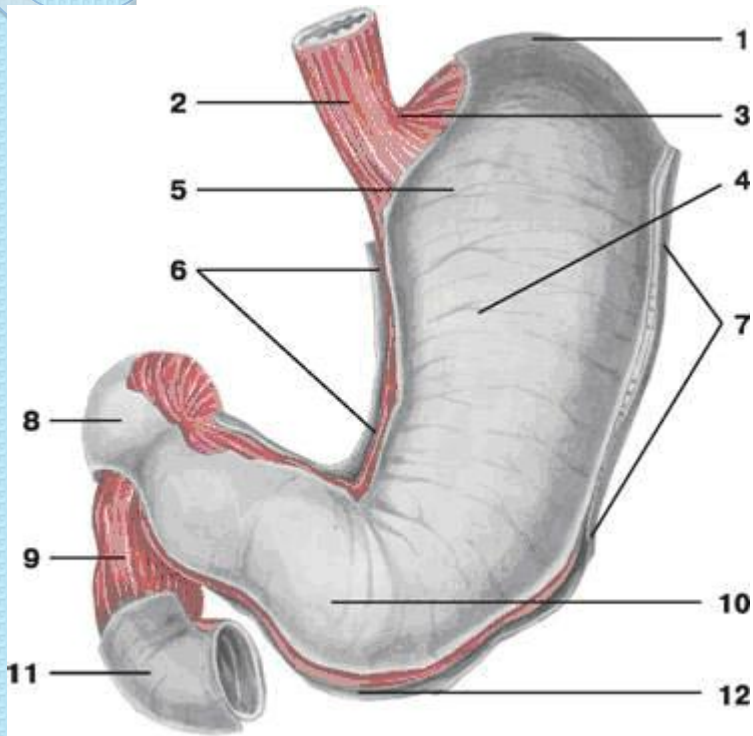
Желудок выполняет в организме человека многообразные функции.

К ним относятся физическая и химическая обработка пищи, ее депонирование и эвакуация, выработка гастромукопротеида (*внутреннего фактора Касла*), необходимого для всасывания в кишечнике витамина B_{12} .



СТРОЕНИЕ ЖЕЛУДКА

- 1 - дно желудка;
- 2 - пищевод;
- 3 - кардиальная вырезка желудка;
- 4 - тело желудка;
- 5 - кардиальная часть (входной отдел) желудка;
- 6 - малая кривизна желудка;
- 7 - большая кривизна желудка;



СТРОЕНИЕ ЖЕЛУДКА И ДПК

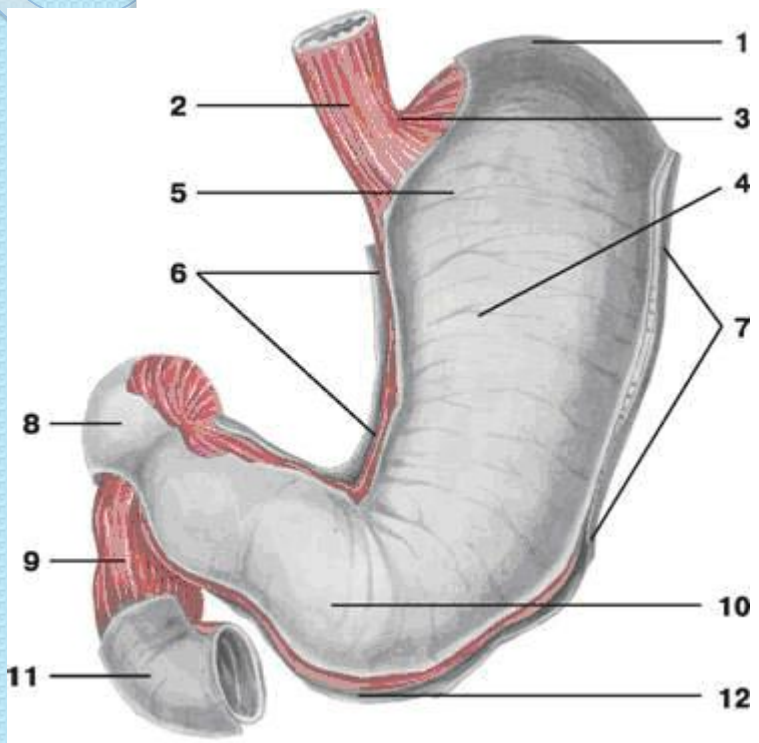
8 - верхняя часть двенадцатиперстной кишки;

9 - мышечная оболочка двенадцатиперстной кишки;

10 - привратниковая часть (выходной отдел) желудка;

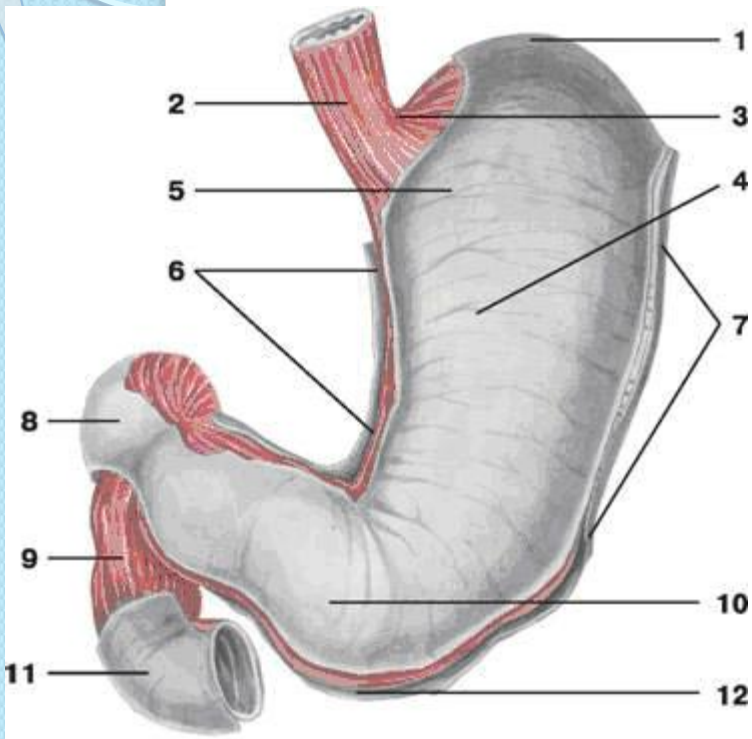
11 - нисходящая часть ДПК;

12 - мышечная оболочка желудка

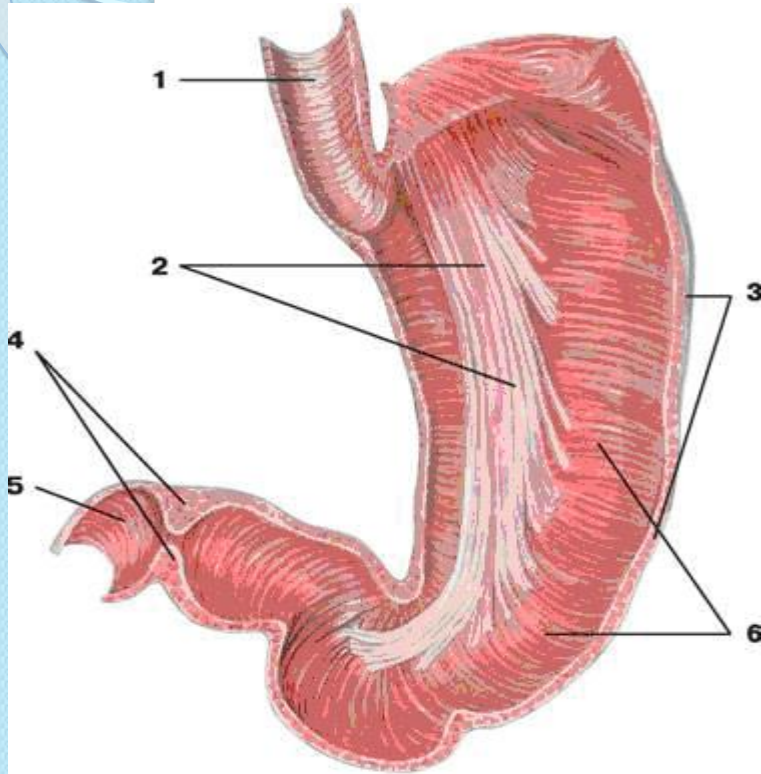


СТРОЕНИЕ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА

Стенка желудка образована слизистым - внутренним, слоем, мышечным - средним, и серозным - наружным. Серозная оболочка представляет собой внутренний листок брюшины, покрывающий желудок со всех сторон.



МЫШЕЧНАЯ ОБОЛОЧКА ЖЕЛУДКА



Мышечная оболочка представлена неисчерченной мышечной тканью, которая располагается в три слоя – наружный – продольный, внутренний – циркулярный и внутренний – косой.

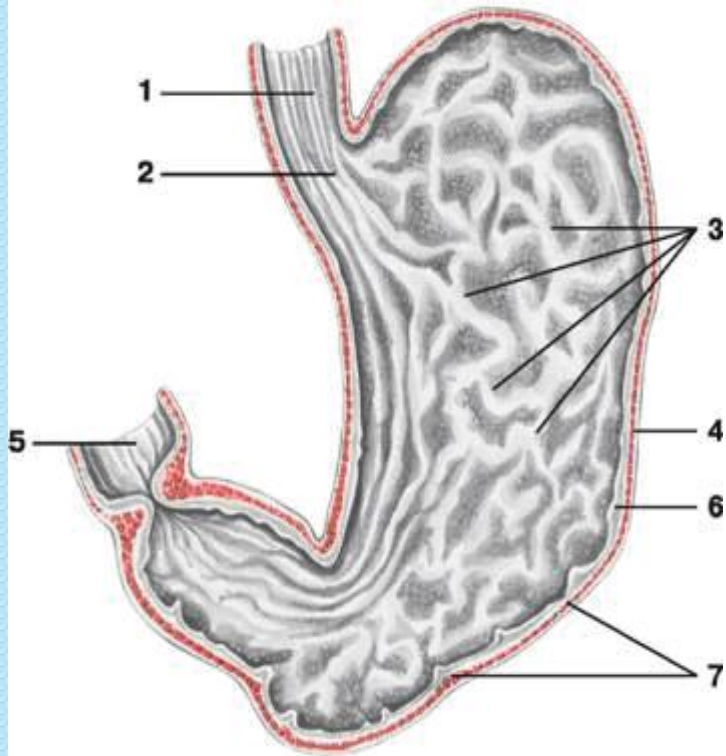
Мышечная оболочка обеспечивает функцию перистальтики, т.е. перемешивания пищи в желудке.

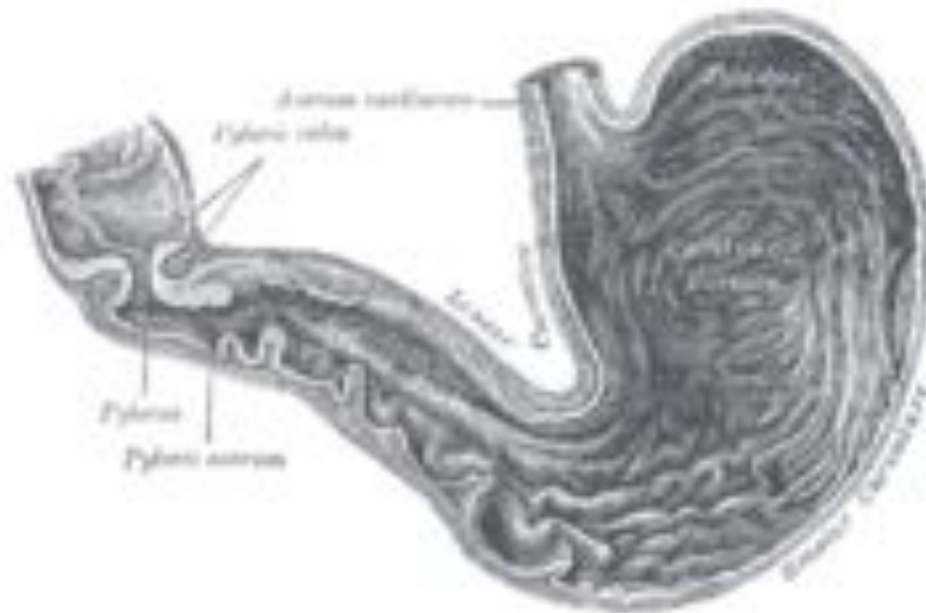
СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ЖЕЛУДКА

Толщина слизистой оболочки желудка составляет 1,5–2 мм.

В слизистой оболочке желудка располагаются специальные желудочные железы, вырабатывающие желудочный сок.

Различают три вида этих желёз – кардиальные, желудочные (состоят из двух видов клеток – главных и обкладочных) и пилорические.





Желудок условно можно разделить на кислотообразующую (верхнюю) и кислотонейтрализующую (нижнюю) зоны, разделённые интермедиарной зоной, т.е. зоной перехода от слабокислых рН (6,0-4,0) к резкокислым (рН менее 3,0) и располагающейся между телом желудка и его антральным отделом.

ФУНКЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ

Соляная кислота выполняет следующие функции:

- способствует денатурации и набуханию белков в желудке, что облегчает их последующее расщепление пепсинами;
- активирует пепсиногены и превращает их в пепсины;
- создает кислую среду, необходимую для действия ферментов желудочного сока;

ФУНКЦИИ СОЛЯНОЙ КИСЛОТЫ В ЖЕЛУДКЕ

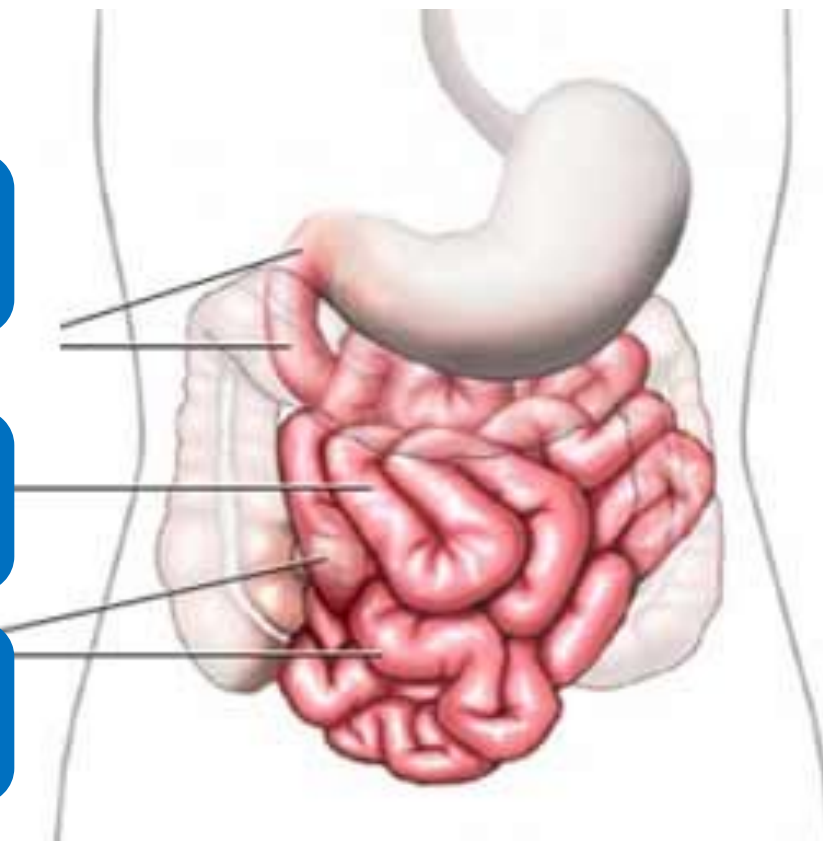
- обеспечивает антибактериальное действие желудочного сока;
- способствует нормальной эвакуации пищи из желудка: открытию пилорического сфинктера со стороны желудка и закрытию со стороны двенадцатиперстной кишки;
- возбуждает панкреатическую секрецию.

ОТДЕЛЫ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

12-перстная кишка

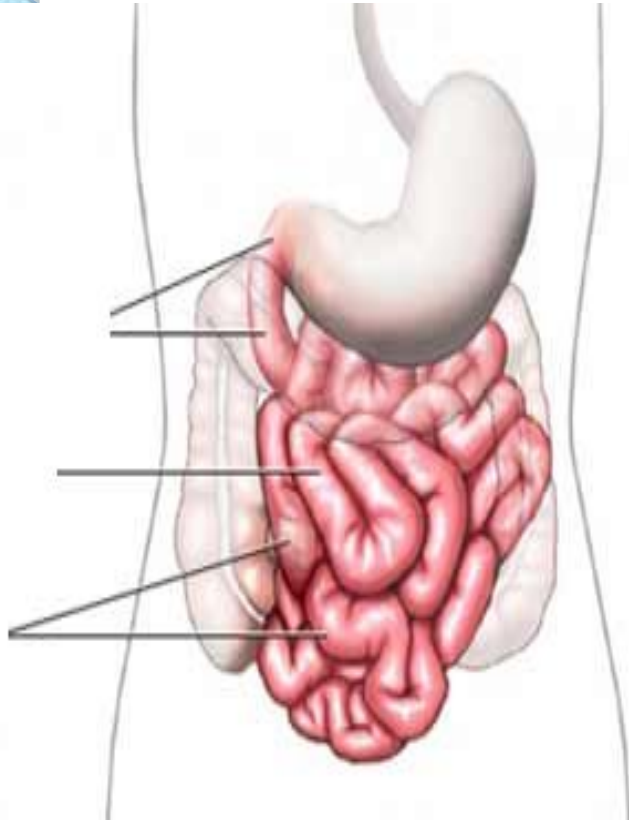
Тощая кишка

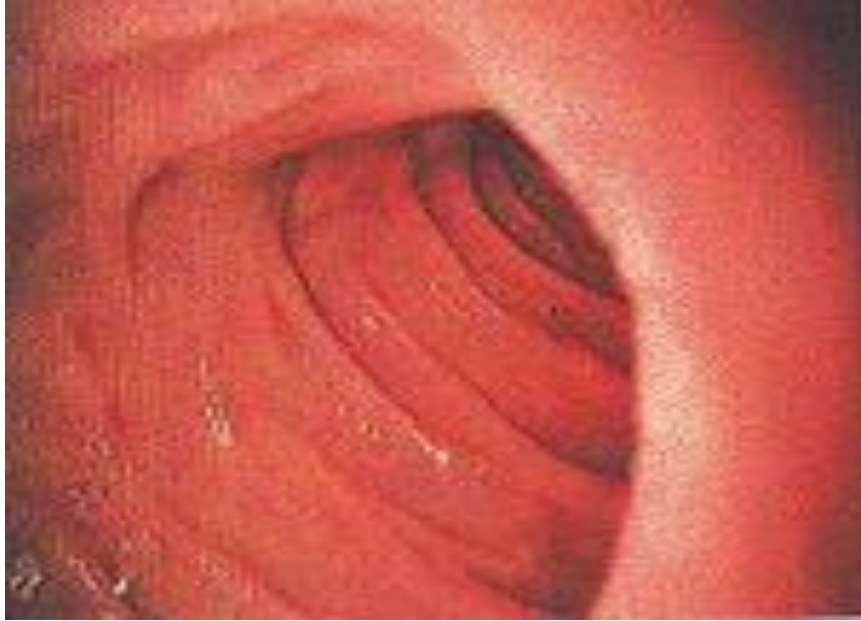
Подвздошная
кишка



Двенадцатиперстная
кишка является
начальным отделом
тонкой кишки и начинается
непосредственно от
желудка.

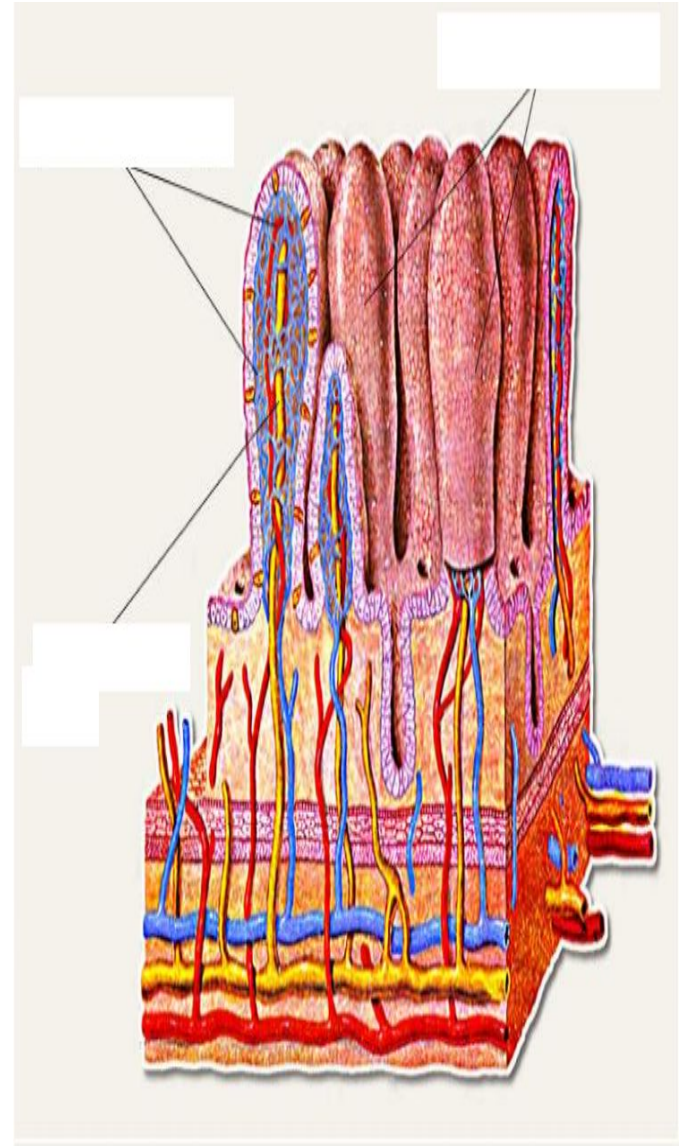
Она расположена
большей частью
забрюшинно на уровне
II-III поясничных позвонков
и в виде подковы
охватывает головку
поджелудочной железы.





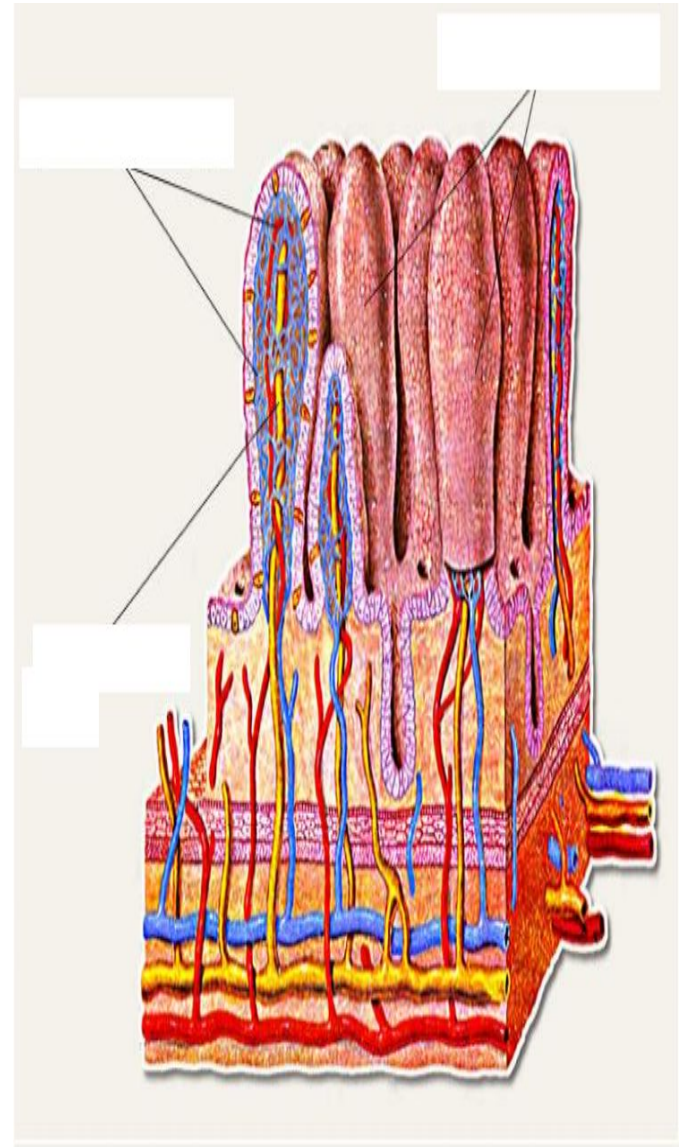
Двенадцатиперстная кишка имеет особое гистологическое строение слизистой, делающее её эпителий более устойчивым к агрессивности как соляной кислоты и пепсина, так и концентрированной желчи и панкреатических ферментов, чем эпителий более дистальных отделов тонкой кишки.

Одна из основных функций ДПК заключается в приведении рН поступающей из желудка пищевой кашицы к щелочному, не раздражающему более дистальные отделы тонкой кишки и пригодному для осуществления кишечного пищеварения.

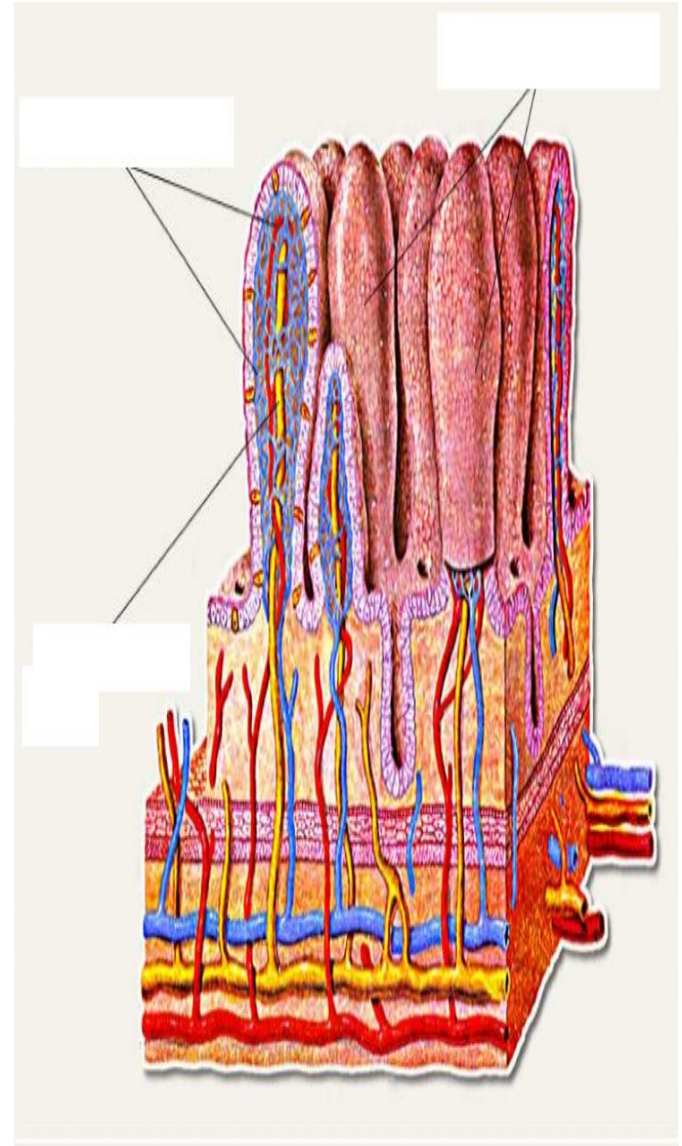


Именно в ДПК и начинается процесс кишечного пищеварения.

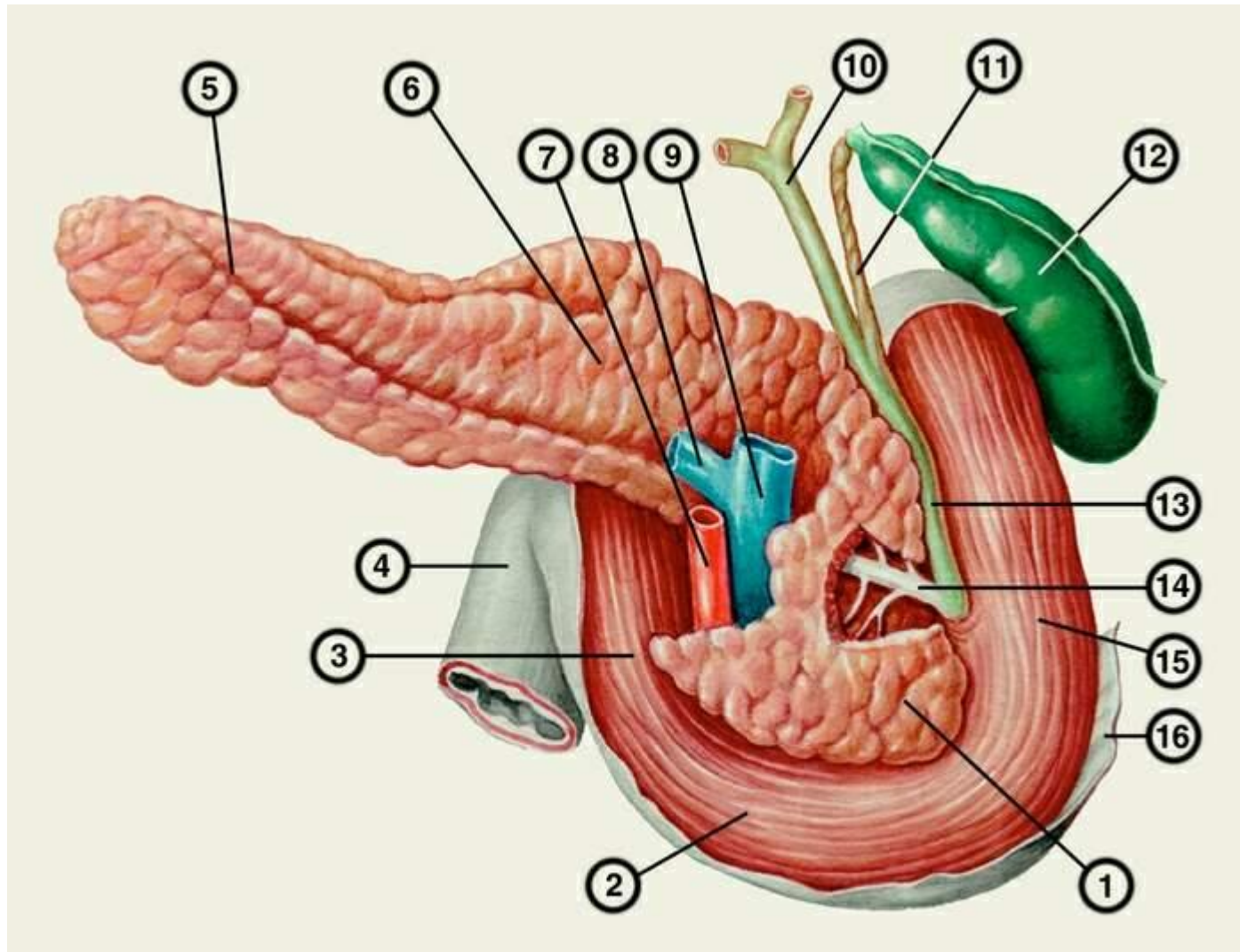
Излившаяся в полость кишки желчь и секрет ПЖЖ создают щелочную среду в кишке, что обеспечивает расщепление компонентов химуса на более мелкие составные части.

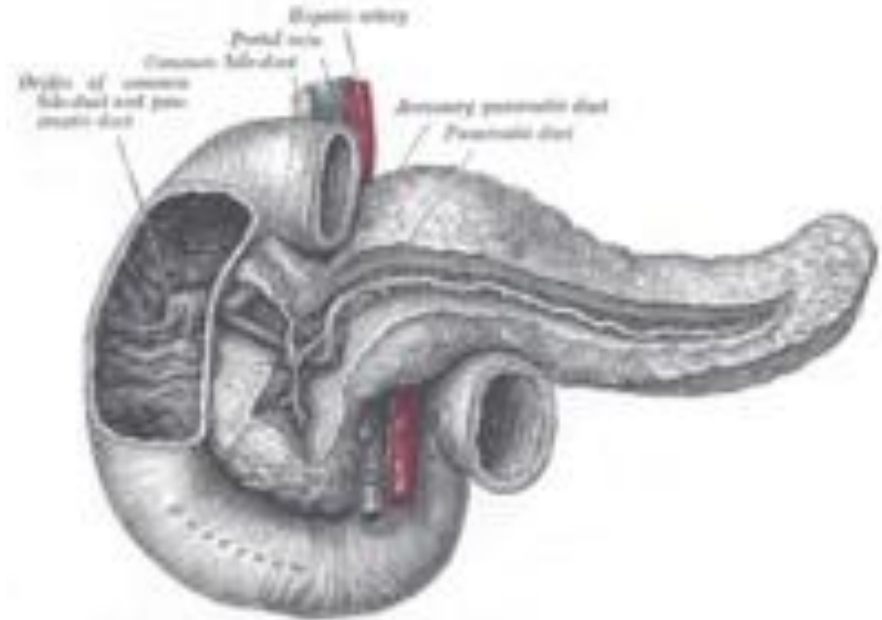


Вся эта масса,
постепенно
перевариваясь,
поступает в
следующие отделы
тонкого кишечника, где
происходит
всасывание пищевых
ингредиентов.



ДПК, ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА, ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ, ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ





На большом сосочке двенадцатиперстной кишки (Фатеров сосочек) общим отверстием открывается Вирсунгов проток (главный проток поджелудочной железы и холедох (общий желчный проток) .



ПАТОЛОГИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ПАТОГЕНЕЗ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

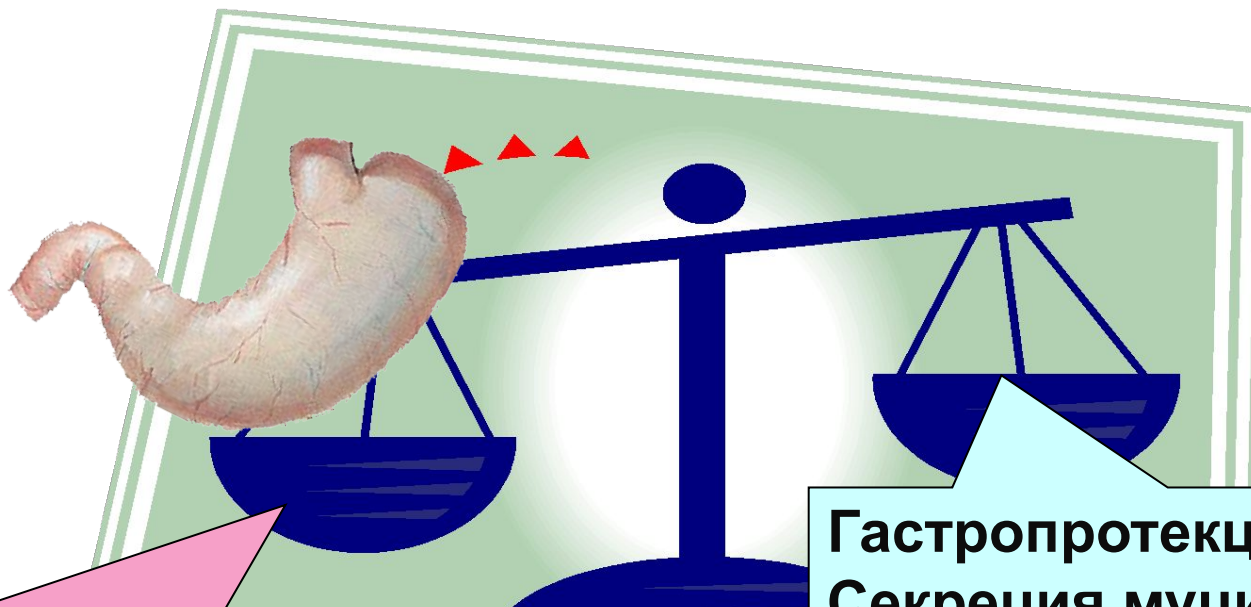
Факторы защиты

1. Слизисто-бикарбонатный барьер желудка и ДПК
2. Процессы физиологической регенерации слизистой желудка и ДПК
3. Местное кровообращение желудка и ДПК
4. Дуоденальный тормозной механизм желудочной секреции

Факторы агрессии

1. Ацидопептический фактор
2. Контаминация слизистой желудка и ДПК хеликобактером
3. Гипертонус блуждающего нерва
4. Гипергастринемия
5. Увеличение массы обкладочных клеток
6. Гастродуоденальная дисмоторика
7. Активация процессов ПОЛ

Т.Е. ВСЕ ЗАВИСИТ ОТ СООТВЕТСТВИЯ КИСЛОТНОЙ АГРЕССИИ И ФАКТОРОВ ГАСТРОПРОТЕКЦИИ

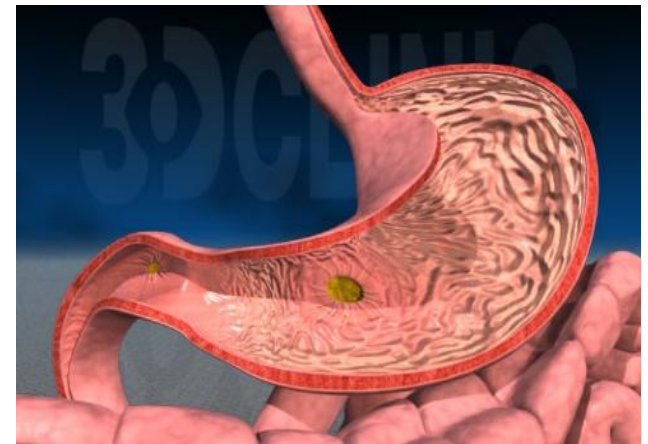


**Высокая секреция HCl
Гиперпродукция пепсина
Хеликобактериоз
Дуодено-гастральный рефлюкс
Дискоординация моторики
Ишемия слизистой, прием НПВП**

**Гастропротекция:
Секреция муцина
Секреция бикарбоната
Нормальное
кровообращение
Нормальная регенерация
эпителия
Нормальная моторика**

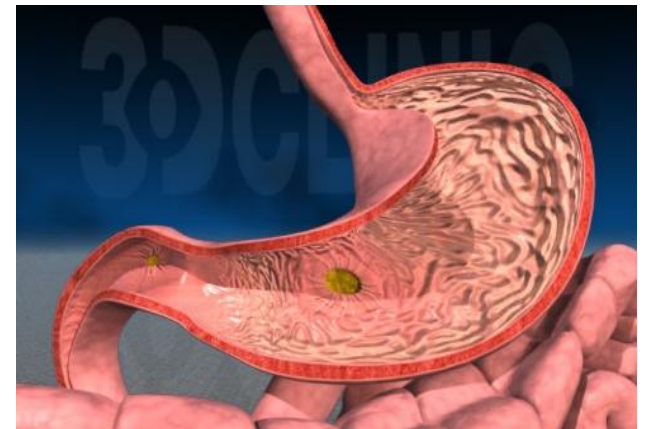
ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ

1. По локализации: язвы желудка (кардиального, субкардиального и антрального отделов, тела, пилорического канала), язвы ДПК (луковицы и внелуковичные);
2. По количеству: одиночные (до 3 язвенных дефектов), множественные (больше 3);



ПРИНЦИПЫ КЛАССИФИКАЦИИ

3. По диаметру: малые (до 0,5 см), средние (0,5 – 2см) большие (2-3 см), гигантские (более 3 см);
4. По стадиям: обострение, ремиссия;
5. Неосложненные и осложненные (кровоотечение, перфорация, пенетрация, стеноз, малигнизация).



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

1. Боли в подложечной области слева от срединной линии (при язве тела желудка) или справа от нее (при язве пилорического канала и луковицы ДПК).

Боли взаимосвязаны с приемом пищи. Ранние боли (до 1,5 часов после еды), поздние боли (1,5-3 часа после еды), голодные боли (ночные).

Характерна сезонность болей (весной и осенью)



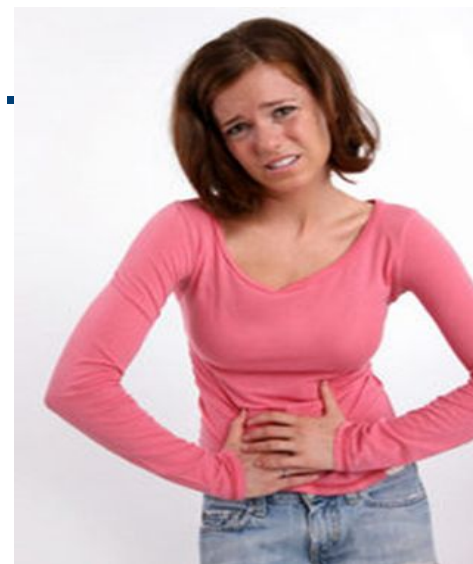
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

2. Симптомы диспепсии:

нарушение аппетита, отрыжка, изжога, тяжесть в желудке, чувство переполнения желудка после еды, тошнота и рвота (приносящая облегчение), урчание в животе.

3. Нарушение стула

запоры, реже поносы.



ДИАГНОСТИКА (СТАНДАРТ)

- **Общий анализ крови**

Забор крови для исследований производится, как правило (в плановом порядке), в утреннее время до завтрака (натощак) и приема лекарственных препаратов.

- **Общий анализ мочи** (сбору подлежит средняя порция мочи после туалета наружных половых органов в чистую емкость.

- **Биохимический анализ крови**

Проведение биохимических исследований крови (общий белок, глюкоза, билирубин, холестерин, мочевины, электролиты и др.) принципиально не отличается от ОАК. Накануне легкий ужин не позднее 12 часов до исследования.

ДИАГНОСТИКА (СТАНДАРТ)

- **Амилаза мочи** (принцип сбора мочи соответствует ОАМ, в лабораторию доставляется свежесобранная моча)

- **Анализ кала на скрытую кровь.**

Для исследования кала на примесь крови, особенно на скрытое кровотечение, пациента готовят в течение 3 дней. Из рациона в эти дни исключают мясные и рыбные продукты, а также лекарства, содержащие йод, бром и железо. На 4-й день отправляют кал в лабораторию.

ДИАГНОСТИКА (СТАНДАРТ)

- **ФГДС (с биопсией)**

Плановую гастроскопию проводят натощак. Накануне обследования легкий ужин можно принять не позднее 18 часов. В день обследования от завтрака следует отказаться, нельзя курить, принимать лекарства, употреблять жидкость. Экстренную гастроскопию (например, при желудочном кровотечении) выполняют в любое время суток.

Сразу после процедуры не следует полоскать рот, стремиться наверстать упущенный завтрак - пищу можно принимать спустя час после окончания исследования и, конечно, нельзя садиться за руль машины - анестетик продолжает действовать еще минут тридцать.

- **Морфологическое исследование препарата тканей желудка** (забор материала производят во время ФГДС)

- **Исследование материала желудка на наличие *Helicobacter pylori*** (забор материала производят во время ФГДС)

ДИАГНОСТИКА (СТАНДАРТ)

- **УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы**

УЗИ проводят в утренние часы, натощак. Подготовка к исследованию заключается в предотвращении возникновения метеоризма и подавлению повышенного газообразования в кишечнике. Скопившиеся в петлях кишок газы препятствуют проникновению ультразвукового сигнала в глубь исследуемого органа и не позволяют получить о нем диагностическую информацию. Поэтому за 3 дня до УЗИ пациент должен исключить из своего рациона продукты питания с большим содержанием клетчатки.

Пациентам, страдающим запорами и выраженным метеоризмом, одновременно могут быть рекомендованы отвары лекарственных трав, обладающих ветрогонным действием (семена укропа огородного, тмина, плоды кориандра - кинзы, фенхеля, трава тысячелистника, зеленые стебли или солома овса), а также карболен - активированный уголь (1 таблетка на 10 кг веса в сутки).

ДИАГНОСТИКА (СТАНДАРТ)

- **ЭКГ**

Подготовки для проведения исследования не требуется. Однако прийти на процедуру необходимо заранее (за 15-20 минут до начала).

- **Группа крови, резус-фактор, реакция Вассермана, исследование на вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию .**

Подготовка принципиально не отличается от ОАК. Накануне легкий ужин не позднее 12 часов до исследования.

ДИАГНОСТИКА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Внутрижелудочное определение концентрации водородных ионов (рН) в желудочном содержимом (0,1) – коэффициент обозначает, что данное исследование проводится на усмотрение врача 10 пациентам из 100).**

Подготовка пациентов к проведению исследования желудочной секреции осуществляется следующим образом: вечером накануне исследования - легкий ужин не позднее 20 ч. Утром в день исследования нельзя завтракать, принимать жидкости, лекарственные препараты. Запрещается курение.

- **Исследование желудочного содержимого микроскопическое (0,1)**

ДИАГНОСТИКА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- **Определение антител к *Helicobacter pylori* в крови (0,5)**

Подготовка принципиально не отличается от ОАК. Накануне легкий ужин не позднее 12 часов до исследования.

- **Исследование уровня гастрина сыворотки крови (0,1)**
- **Исследование физических свойств желудочного сока (0,1)**
- **Исследование уровня кислотности желудочного содержимого (свободной и связанной соляной кислоты и общей кислотности) (0,1)**

ДИАГНОСТИКА (ПРОДОЛЖЕНИЕ)

- Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки (0,1)
- Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки (0,1)

Рентгеноскопия пищевода и желудка, как правило, проводится в утренние часы.

Накануне дня исследования пациент не должен плотно есть. Специальной диеты соблюдать при подготовке к исследованию нет необходимости. Ужин как по количеству, так и по качеству должен быть легким (каша, чай). Утром в день исследования запрещаются курение, употребление пищи, лекарств, жидкости.

Рентгенологическому обследованию желудка могут помешать накопившиеся в кишечнике газы при выраженном метеоризме, длительных и упорных запорах. В таких случаях газы оттесняют кишечные петли кверху, давят на желудок, мешают рентгенологическому осмотру. Этим пациентам рекомендуется очистительная клизма, которая ставится за 1,5-2 ч до исследования.

- Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, двойной контраст (0,1).

ЛЕЧЕНИЕ (СТАНДАРТ)

- **Диета** (стол № 1а, 1 щ, 1 л\ж, 1 п) . Принцип механического, химического и термического щажения. Продолжительность – 3 недели.

Общая характеристика: диета пониженной энергоценности за счет углеводов и частично жиров и белков. Исключаются вещества, возбуждающие секрецию желудочного сока и раздражающие слизистую оболочку. Поваренная соль ограничивается.

Ограничения в диете:

Избегать блюд, обладающих сильным сокогонным действием, которые раздражают слизистую желудка, в том числе бульонов, ухи, жареного мяса, пряностей, кофе, молочнокислых продуктов.

ДИЕТА № 1

Ограничивать блюда, содержащие много клетчатки.

Ограничить употребление кочанной капусты, репы, редиски, щавеля, шпината, лука, редьки, брюквы.

Не допускать использования грибов, кислых сортов фруктов и ягод.

Готовить пищу на пару или в вареном виде.

Исключить очень горячие или очень холодные блюда.

Употреблять пищу преимущественно в жидком и полужидком виде, протертую

Помнить, что при любом из приемов пищи еда не должна быть слишком обильной. Количество приемов пищи - каждые 2-3 часа небольшими порциями. На ночь молоко или сливки.

ДИЕТА № 1

Калорийность и состав (в граммах): белков - 80 (из них животных - 60-70 %), жиров - 80-90, углеводов - 200; поваренной соли - 8 г, 1900-2000 килокалорий.

Набор продуктов: мясо нежирное, рыба, курица отварные, провернутые через мясорубку, суфле, яйца всмятку, творог диетический или суфле творожное, молоко цельное, отвар шиповника, чай некрепкий, масло сливочное.

ЛЕЧЕНИЕ (СТАНДАРТ)

- Антациды (0,1) : алюминия фосфат 65 мг\сут. коэффициент обозначает, что данная группа препаратов назначается на усмотрение врача 10 пациентам из 100). Курс лечения -21 день.

Антациды применяются для купирования боли и изжоги. Быстрее всего боль и изжога купируются приемом натрия гидрокарбоната (сода).

Антациды делятся на:

- Всасывающиеся (в стандарте лечения отсутствуют)
- Невсасывающиеся



АНТАЦИДЫ

Всасывающиеся

(соли натрия и кальция, гидрокарбонаты: сода, Ренни)

- при взаимодействии с желудочным соком образуется углекислота, происходит повторное выделение новых порций соляной кислоты, боль и изжога вскоре возобновляются с новой силой.

Не всасывающиеся

(гидрокси магния и алюминия, фосфаты алюминия, альгинаты)

- адсорбция соляной кислоты, пепсина, желчных кислот)
- обволакивающее действие
- цитопротективное действие
- улучшают процессы регенерации



ЛЕЧЕНИЕ (СТАНДАРТ)

- Блокаторы H-2 рецепторов : ранитидин 300 мг\сут, фамотидин 40 мг\сут. Курс лечения – 21 день

Блокируя H₂-гистаминовые рецепторы, препараты оказывают выраженное антисекреторное действие.

Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов делятся на несколько поколений

ЛЕЧЕНИЕ (СТАНДАРТ)

- Блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов
1 поколение: циметидин (не используется)
2 поколение: **ранитидин**



ЛЕЧЕНИЕ (СТАНДАРТ)

- 3 поколение : **фамотидин**



- 4 поколение: низатидин (в стандарте лечения отсутствуют).
- 5 поколение: роксатидин(в стандарте лечения отсутствуют).

ЛЕЧЕНИЕ (СТАНДАРТ)

- Ингибиторы протонной помпы : омепразол 20 мг\сут, рабепразол 20 мг\сут, эзомепразол 20 мг\сут. Продолжительность -21 день

ОМЕПРАЗОЛ (лосек, тимопразол, омез)

Мощный антисекреторный препарат.

После отмены не происходит “рикошетного” повышения желудочной секреции.



ЛЕЧЕНИЕ (СТАНДАРТ)

ОМЕПРАЗОЛ:

Первый препарат из группы ингибиторов “протонной помпы”. Терапевтическая доза 20 - 40 мг/сутки при длительности лечения: 14–21 день.

- Через 3-4 суток лечения снижает кислотную продукцию в желудке на 300 – 400%.
- Не сопровождается синдром отмены
- При комбинированной терапии язвенной болезни позволяет добиться 95% эрадикации хеликобактера
- Позволяет добиться заживления пептической язвы в течение 4 недель лечения
- Уменьшает частоту рецидивирования ЯБ до 6%
- При профилактическом лечении уменьшает риск ЖКК при ЯБ и острых эрозивно-язвенных гастродуоденальных поражениях



ЛЕЧЕНИЕ (СТАНДАРТ)

- Ингибиторы протонной помпы : омепразол 20 мг\сут, рабепразол 20 мг\сут, эзомепразол 20 мг\сут. Продолжительность -21 день

РАБЕПРАЗОЛ: действие проявляется через 5 мин после приема, более выраженный и быстрее наступающий антисекреторный эффект, более значимый антихеликобактерный эффект.



ЛЕЧЕНИЕ (СТАНДАРТ)

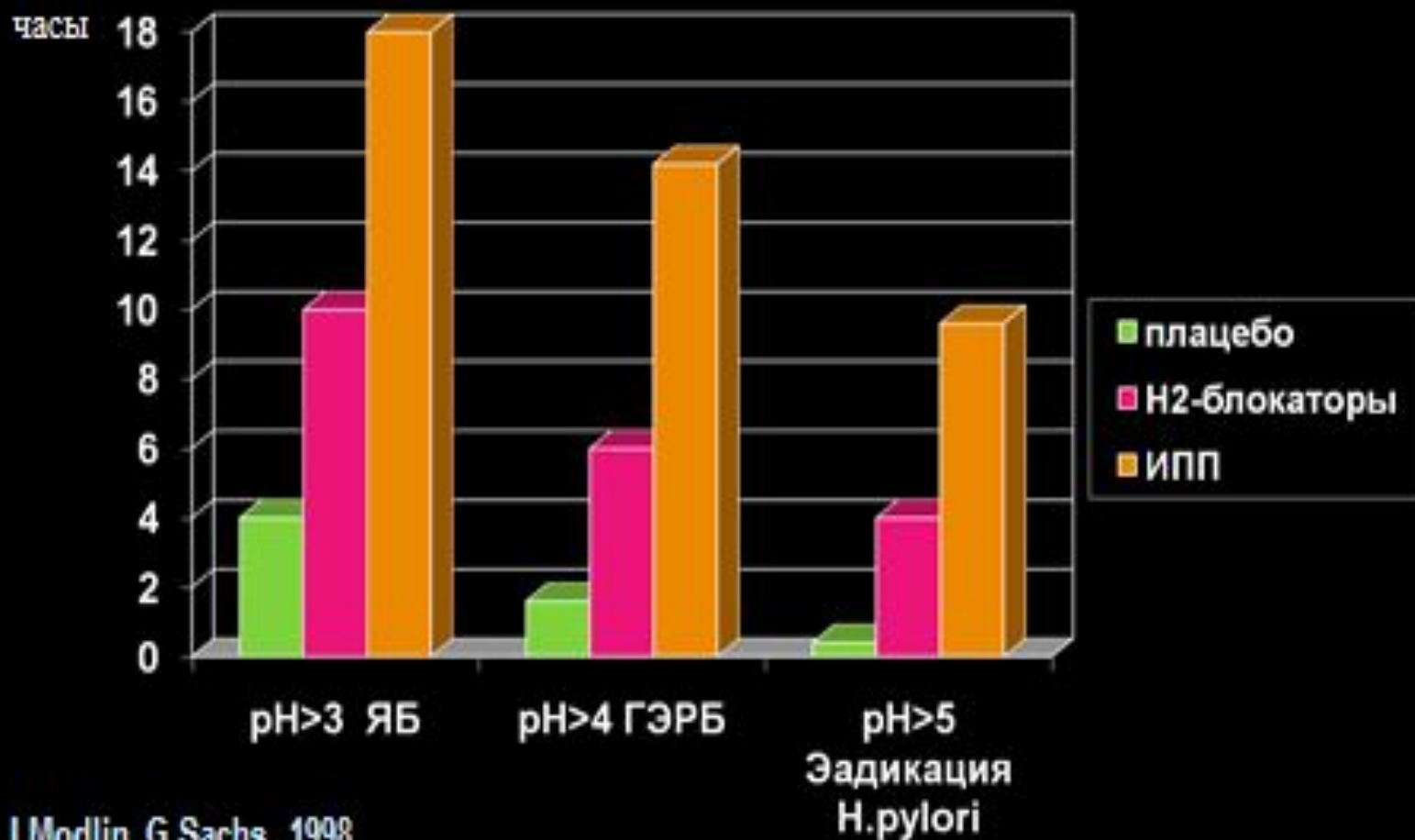
- Ингибиторы протонной помпы : омепразол 20 мг\сут, рабепразол 20 мг\сут, эзомепразол 20 мг\сут.
Продолжительность -21 день

ЭЗОМЕПРАЗОЛ

- в меньшей степени подвергается гидроксилированию в печени;
- имеет более высокую биодоступность;
- обеспечивает наиболее эффективный контроль желудочной секреции.



Фармакологический контроль pH в теле желудка при кислото-зависимых заболеваниях.



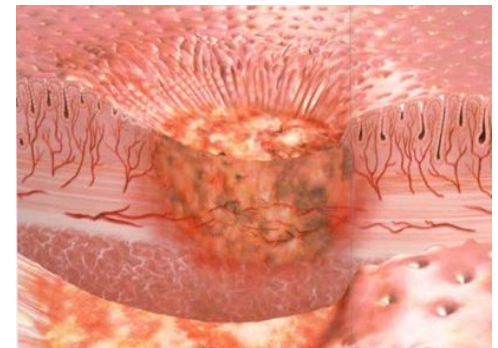
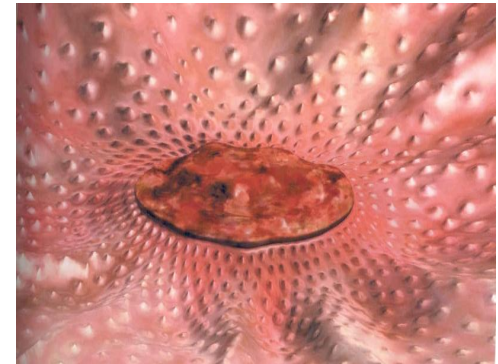
I.Modlin, G.Sachs, 1998

ЛЕЧЕНИЕ (СТАНДАРТ)

- Эрадикационная терапия НР:
висмута цитрат 480 мг\сут +
метронидазол 1000 мг\сут +
кларитромицин 1000 мг\сут +
амокксициллин 2000 мг \сут

(в стандарте есть также тетрациклин
2000 мг\сут и левофлоксацин 500 мг\сут).

Продолжительность - 10 дней



НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ

Новым препаратом, предложенным для лечения больных ЯБ, служит ребамипид, представляющий собой производное хинолинов и являющийся одновременно как гастропротектором, так и энтеропротектором.



Ребамипид (Rebamipide) – хинолиновый антибиотик, применяемый для терапии заболеваний, связанных с нарушением кислотности желудка.

РЕБАМИПИД

Добавление ребамипида к схемам эрадикации повышает их эффективность, в частности, существенно увеличивается частота устранения *H. pylori*; за счет снижения адгезии бактерий к слизистой оболочке желудка уменьшается риск ее повторной колонизации, а следовательно, снижается вероятность развития рецидивов.

При ЯБ ребамипид следует применять в дозе 100 мг 3 раза в день в течение 2–4 недель, при необходимости продолжительность приема может быть увеличена.

Отличительной особенностью ребамипида служит его способность оказывать протективное действие в отношении слизистой оболочки как желудка, так и тонкой, и толстой кишки, и предупреждать развитие ее поражений при приеме НПВП.

ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА РУБЦЕВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА



Язва желудка

Через 2 недели

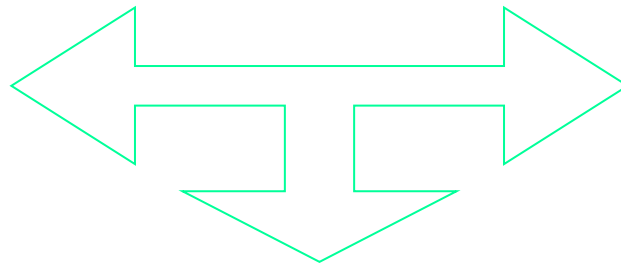
Через 2 месяца

ОСЛОЖНЕНИЯ

- Кровотечение (признаки внутреннего кровотечения, рвота кофейной гущей, мелена - черный стул).
- Перфорация (кинжальные боли, признаки острого живота).
- Пенетрация (прободение в соседний орган (боли, нарушение моторики ЖКТ)).
- Стеноз (пилоростеноз: признаки нарушения эвакуации пищевого комка- тошнота, рвота, нарушение моторики ЖКТ).
- Малигнизация (озлокачествление) Синдром малых признаков.

СОВРЕМЕННЫЕ ЛЮДИ - ПОТРЕБИТЕЛИ НПВП

Структура слизистой желудка при НПВП-гастропатии напоминает химический гастрит с атрофией, фовеолярной гиперплазией и без воспаления.

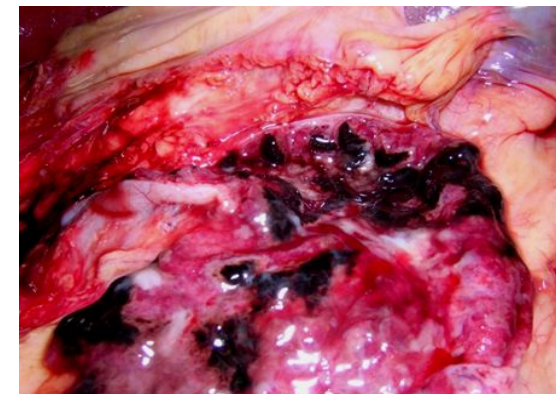
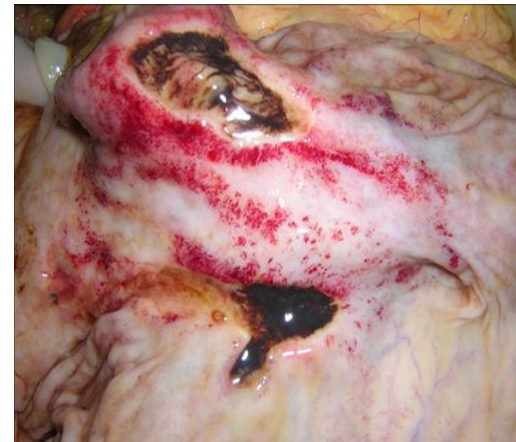


- У 20-25% длительно принимающих НПВП, возникают острые язвы, а более, чем у 50% пациентов – эрозивный гастродуоденит .
- 53,5% из всех поступающих в стационар с диагнозом острого желудочно-кишечного кровотечения принимали НПВП.
- НПВП регулярно принимают 10-20% людей старше 65 лет.



НПВП-ГАСТРОПАТИЯ

- Не приводит к появлению специфичных жалоб;
- Развивается внезапно и не может быть спрогнозирована;
- Сопряжена с диагностическими трудностями;
- При развитии желудочно-кишечного кровотечения сопряжена с очень высоким риском летального исхода



ПРОФИЛАКТИКА

- Первичная (не допустить заболевание)
ЗОЖ, санация очагов хронической инфекции, физиологичное питание
- Вторичная (не допустить обострения хронического заболевания)
Диспансерное наблюдение (3 группа Д-учета) в поликлинике, ЗОЖ, санация очагов хронической инфекции, физиологичное питание
- Третичная (не допустить осложнений болезни)
Диспансерное наблюдение (3 группа Д-учета) в поликлинике, реабилитация после перенесенных обострений и осложнений.

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК

Сестринская помощь осуществляется с позиций сестринского процесса. Рассмотрим все пять этапов сестринского процесса на примере пациента с язвенной болезнью.

- **Первый этап сестринского процесса – сбор информации о пациенте.**

Он состоит из опроса (о жалобах, об анамнезе заболевания и жизни, опроса по органам и системам), осмотра пациента, получения информации о пациенте из медицинской документации (амбулаторной карты, истории болезни, включая результаты лабораторно-диагностических исследований) и заканчивается определением нарушенных потребностей.

ПЕРВЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

При опросе основными жалобами пациента при ЯБ будут: жалобы на боли в эпигастрии и левом подреберье (в наличии язвенного дефекта в теле желудка) и правом подреберье (при локализации язвы в антральном отделе желудка, привратнике и в двенадцатиперстной кишке), связанные с приемом пищи. Нередко наблюдается диспепсические жалобы: на тяжесть и чувство переполнения в желудке после приема пищи, отрыжку воздухом, снижение аппетита, изжогу, тошноту и рвоту (приносящую облегчение). Нередко больные отмечают нарушения стула: чаще запоры, реже поносы.

Общие жалобы включают в себя: слабость, недомогание, нарушение сна, плохое настроение, снижение работоспособности.

ПЕРВЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

При сборе анамнеза болезни медицинская сестра уточняет как развивалось заболевание, чем лечился самостоятельно или по назначению врача и с каким эффектом. При сестринском обследовании может быть выявлено, что пациент не соблюдает (не знает) диету № 1, не знает про свое заболевание, не знает о необходимости регулярного приема лекарственных средств, склонен не доверять медицинскому персоналу, беспокоится по поводу исхода заболевания, боится потерять работу в связи с нахождением на больничном листе.

При сборе анамнеза жизни медсестра уточняет перенесенные заболевания (в обязательном порядке спрашивает про вирусные гепатиты, туберкулез и венерические заболевания), перенесенные операции и гемотрансфузии, наличие аллергических реакций и отягощенной наследственности, вредных привычках (курение, употребление алкоголя).

ПЕРВЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

При физикальном обследовании пациента с ЯБ медсестра может выявить следующие особенности: возможный дефицит массы тела, бледность кожных покровов и видимых слизистых, уменьшение толщины подкожно-жировой складки, снижение тургора тканей, обложенный бело-серым налетом язык, болезненность при пальпации эпигастрия, левого или правого подреберья (в зависимости от локализации язвенного дефекта), стул со склонностью в запорам.

При лабораторном и инструментальном обследованиях:

- в общем анализе крови - вариант нормы, возможна гипохромная анемия при желудочно-кишечных кровотечениях (ЖКК) и малигнизации язвы;
- в общем анализе мочи - вариант нормы;

ПЕРВЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

- в биохимическом анализе крови - вариант нормы либо признаки сопутствующей патологии ЖКТ;
- реакция Грегерсена (кал на скрытую кровь) – отрицательная, положительный результат при кровотечении из язвы;
- ФГДС – размеры и локализация язвенного дефекта.
- ЭКГ – вариант нормы.
- УЗИ органов брюшной полости – вариант нормы либо признаки сопутствующей патологии ЖКТ.

Первый этап сестринского процесса заканчивается определением нарушенных потребностей. При ЯБ нарушены потребности: есть, пить, быть здоровым, спать, отдыхать, избегать опасности, работать.

ВТОРОЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Второй этап сестринского процесса заключается в классификации проблем пациента.

Проблемы пациента с ЯБ:

- Физиологические проблемы: боли в эпигастрии и левом подреберье (в наличии язвенного дефекта в теле желудка) и правом подреберье (при локализации язвы в антральном отделе желудка, привратнике и в двенадцатиперстной кишке), связанные с приемом пищи. Тяжесть и чувство переполнения в желудке после приема пищи, отрыжка воздухом, снижение аппетита, изжога, тошнота и рвота (приносящая облегчение). Стул со склонностью к запорам. Слабость, недомогание, нарушение сна, плохое настроение, снижение работоспособности.
- Психологические проблемы: не знает диету № 1, не знает про свое заболевание, не знает о необходимости регулярного приема лекарственных средств, склонен не доверять медицинскому персоналу, беспокоится по поводу исхода заболевания
- Социальные проблемы: боязнь потерять работу

ВТОРОЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

- Настоящие проблемы: боли в эпигастрии и левом подреберье (при наличии язвенного дефекта в теле желудка) и правом подреберье (при локализации язвы в антральном отделе желудка, привратнике и в двенадцатиперстной кишке), связанные с приемом пищи. Тяжесть и чувство переполнения в желудке после приема пищи, отрыжка воздухом, снижение аппетита, изжога, тошнота и рвота (приносящая облегчение). Стул со склонностью к запорам. Слабость, недомогание, нарушение сна, плохое настроение, снижение работоспособности. Не знает диету № 1, не знает про свое заболевание, не знает о необходимости регулярного приема лекарственных средств, склонен не доверять медицинскому персоналу, беспокоится по поводу исхода заболевания. Боязнь потерять работу.
- Потенциальные проблемы: риск развития кровотечения из язвы, риск озлокачествления язвы, риск экстренной операции (в связи с перфорацией или пенетрацией язвы).

ВТОРОЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

- Проблемы первичного приоритета: боли в эпигастрии и левом подреберье (в наличии язвенного дефекта в теле желудка) и правом подреберье (при локализации язвы в антральном отделе желудка, привратнике и в двенадцатиперстной кишке), связанные с приемом пищи. Тошнота и рвота (приносящая облегчение).
- Проблемы промежуточные: тяжесть и чувство переполнения в желудке после приема пищи, отрыжка воздухом, снижение аппетита, изжога. Стул со склонностью к запорам. Слабость, недомогание, нарушение сна, плохое настроение, снижение работоспособности. Не знает диету № 1, не знает про свое заболевание, не знает о необходимости регулярного приема лекарственных средств, склонен не доверять медицинскому персоналу, беспокоится по поводу исхода заболевания.
- Проблемы вторичного приоритета: Боязнь потерять работу.

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Третий этап сестринского процесса – планирование сестринской помощи пациенту. Во время планирования отдельно для каждой проблемы формулируются цели, далее составляется план ухода.

Цели сестринских вмешательств:

Настоящая проблема: боли в эпигастрии и левом подреберье

- Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение боли до 5 баллов из 10 возможных по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) после вмешательства медицинской сестры к концу суток.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует знания о причине боли, методах профилактики и самопомощи на момент выписки (амбулаторного приема) после сестринских вмешательств;

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Цели сестринских вмешательств:

Настоящая проблема: тошнота и рвота, приносящая облегчение

- Краткосрочная цель: пациент отметит отсутствие тошноты и рвоты после вмешательства медицинской сестры к концу суток.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует знания о причине тошноты и методах самопомощи на момент выписки (амбулаторного приема) после сестринских вмешательств.

Настоящая проблема: тяжесть и чувство переполнения в желудке после приема пищи

- Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение тяжести и чувства переполнения в желудке после вмешательства медицинской сестры к концу суток.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует медицинской сестре знания о проблеме тяжести и чувства переполнения в желудке на момент выписки (амбулаторного приема) после сестринских вмешательств.

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Цели сестринских вмешательств:

Настоящая проблема: отрыжка воздухом

- Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение отрыжки воздухом после вмешательства медицинской сестры к концу суток.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует медицинской сестре знания о проблеме отрыжки воздухом на момент выписки (амбулаторного приема) после сестринских вмешательств.

Настоящая проблема: изжога

- Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение изжоги после вмешательства медицинской сестры к концу суток.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует медицинской сестре знания о проблеме изжоги на момент выписки (амбулаторного приема) после сестринских вмешательств.

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Цели сестринских вмешательств:

Настоящая проблема: снижение аппетита

- Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение аппетита к концу 2-х суток после вмешательства медицинской сестры.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует медицинской сестре знания о проблеме снижения аппетита на момент выписки (амбулаторного приема) после сестринских вмешательств.

Настоящая проблема: стул со склонностью к запорам.

- Краткосрочная цель: пациент отметит появление регулярного стула 1 раз сутки после вмешательства медицинской сестры к концу 3-х суток.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует знания о причинах стула со склонностью к запорам к моменту выписки (амбулаторного приема) после сестринских вмешательств.

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Цели сестринских вмешательств:

Настоящая проблема: слабость, недомогание, нарушение сна, плохое настроение, снижение работоспособности.

- Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение самочувствия после вмешательства медицинской сестры к концу недели.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует знания о причинах слабости, недомогания, нарушения сна, плохого настроения, снижения работоспособности, способах самопомощи в случае их появления, необходимости обращения к врачу на момент выписки (амбулаторного приема) после сестринских вмешательств.

Настоящая проблема: дефицит знаний о принципах диеты №1.

- Краткосрочная цель: пациент осознает необходимость придерживаться диетического стола через 3 дня после вмешательства медсестры.
- Долгосрочная цель: пациентка продемонстрирует знания о диетическом столе №1, самостоятельно составит суточный набор блюд к 10-у дню лечения после сестринских вмешательств.

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Цели сестринских вмешательств:

Настоящая проблема: дефицит знаний о своем заболевании.

- Краткосрочная цель: пациент продемонстрирует заинтересованность в знаниях о своем заболевании на 5 день после сестринских вмешательств.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует медицинской сестре знания о своем заболевании через 10 дней после сестринских вмешательств.

Настоящая проблема: нерегулярный прием лекарственных средств.

- Краткосрочная цель: пациент осознает необходимость регулярного приема лекарственных средств к 3 дню после сестринских вмешательств.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует медицинской сестре знания необходимости регулярного приема лекарственных средств через 10 дней после сестринских вмешательств.

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Цели сестринских вмешательств:

Настоящая проблема: беспокойство по поводу исхода заболевания.

- Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение тревоги по поводу исхода заболевания к 3 дню после сестринских вмешательств.
- Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует уверенность в улучшении своего состояния при условии соблюдения рекомендаций к 10 дню после сестринских вмешательств.

План сестринских вмешательств:

| Действия | Мотивация |
|--|---|
| <p>1. Своевременно и правильно выполнять врачебные назначения (антациды, H₂-блокаторы, ингибиторы протонного насоса, антигеликобактерная терапия) согласно листу назначений.</p> <p>Для купирования болевого синдрома ввести по назначению врача антисекреторный препарат (квamatел 40 мг внутривенно медленно)</p> | <p>Для эффективного лечения и профилактики осложнений</p> |

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

План сестринских вмешательств:

| | |
|--|--|
| 2. Контроль пульса, АД, ЧД, температуры тела, стула, цвета кожных покровов в динамике с фиксацией в температурном листе истории болезни | Для контроля эффективности терапии и ранней диагностики осложнений |
| 3. Обеспечить соблюдение назначенной диеты № 1 и двигательного режима | Для максимального щажения желудка |
| 4. Подготовить пациента к назначенным исследованиям (ОАК, ОАМ, БАК, кал на скрытую кровь, ФГДС, ЭКГ, УЗИ) | Для дообследования и контроля лечения |
| 5. Провести беседу с пациентом и/или родственниками о способах приготовления еды с учетом диеты № 1 | Для профилактики изжоги и боли |
| 6. Обучить пациента самопомощи при появлении изжоги и боли (прием назначенных врачом антацидов, киселя, минеральной щелочной воды без газа или теплого молока) | Самостоятельно купировать изжогу и боль в домашних условиях |
| 7. Рекомендовать отказаться от продуктов, вызывающих изжогу и боль (кислое, соленое, блюда с приправами, слишком горячие и холодные блюда) | Предотвратить появление изжоги и боли в желудке |

ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

План сестринских вмешательств:

| | |
|---|--|
| 8. Ежедневно проверять передачи родственников и холодильник в палате | Предотвратить нарушение диеты |
| 9. Рекомендовать при выраженной тошноте прием положения, облегчающего самочувствие (горизонтальное положение на левом боку), рядом расположить емкость для сбора рвотных масс, после каждого акта рвоты производить гигиену ротовой полости | Для самоухода при рвоте |
| 10. Обучить членов семьи уходу при тошноте и рвоте | Для оказания первой помощи в домашних условиях |
| 11. Рекомендовать с разрешения врача прогулки перед приемом пищи | Для возбуждения аппетита |
| 12. Провести беседу о первых признаках возможных осложнений и алгоритме действий при них | Для ранней диагностики и своевременного оказания первой помощи |

ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Четвертый этап сестринского процесса – выполнение плана сестринских вмешательств.

Настоящая проблема: боли в эпигастрии и левом подреберье.

Зависимыми вмешательствами являются:

- Ввести по назначению врача антисекреторный препарат (квamatел 40 мг внутривенно медленно) для купирования болевого синдрома;
- Обеспечить соблюдение назначенной диеты № 1 и двигательного режима;
- Своевременно и правильно выполнить врачебные назначения (ввести антациды, H₂-блокаторы, ингибиторы протонного насоса, препараты для антигеликобактерной терапии) согласно листу назначений.

Взаимозависимые вмешательства:

- Подготовить пациента к назначенным исследованиям (ОАК, ОАМ, БАК, кал на скрытую кровь, ФГДС, ЭКГ, УЗИ).

ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Независимые вмешательства:

- Рекомендовать отказаться от продуктов, вызывающих изжогу и боль (кислое, соленое, блюда с приправами, слишком горячие и холодные блюда);
- Обучить пациента самопомощи при появлении изжоги и боли (прием назначенных врачом антацидов, киселя, минеральной щелочной воды без газа или теплого молока);
- Провести беседу с пациентом и/или родственниками о способах приготовления еды с учетом диеты № 1;
- Ежедневно проверять передачи родственников и холодильник в палате;
- Рекомендовать с разрешения врача прогулки перед приемом пищи;
- Провести беседу о первых признаках возможных осложнений и алгоритме действий при них;

ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Независимые вмешательства (продолжение):

- Регистрировать ежедневно кратность стула в медицинской документации;
- Рекомендовать при выраженной тошноте прием положения, облегчающего самочувствие (горизонтальное положение на левом боку), рядом расположить емкость для сбора рвотных масс, после каждого акта рвоты производить гигиену ротовой полости;
- Контроль пульса, АД, ЧД, температуры тела, цвета кожных покровов в динамике с фиксацией в температурном листе истории болезни;
- Обучить пациента и членов его семьи уходу при тошноте и рвоте.

ПЯТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Пятый этап сестринского процесса – оценка результата сестринских вмешательств.

По настоящей проблеме: боли в эпигастрии и левом подреберье

Краткосрочная цель: пациент отметит уменьшение боли до 5 баллов из 10 возможных по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) после вмешательства медицинской сестры к концу суток.

Полученный результат: пациент отметил уменьшение боли до 3 баллов из 10 возможных по шкале ВАШ после вмешательства медицинской сестры к концу суток.

Цель достигнута.

Долгосрочная цель: пациент продемонстрирует знания о причине боли, методах профилактики и самопомощи на момент выписки (амбулаторного приема) после сестринских вмешательств.

Полученный результат: пациент продемонстрировал знания о причине боли, методах профилактики и самопомощи на момент выписки (амбулаторного приема) после сестринских вмешательств.

Цель достигнута.

ПЯТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Настоящая проблема: тошнота и рвота, приносящая облегчение

Краткосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Долгосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Настоящая проблема: Тяжесть и чувство переполнения в желудке после приема пищи.

Краткосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Долгосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Настоящая проблема: Отрыжка воздухом

Краткосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Долгосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Настоящая проблема: Изжога

Краткосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Долгосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Настоящая проблема: Снижение аппетита

Краткосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Долгосрочная цель: достигнута / не достигнута.

ПЯТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Настоящая проблема: Стул со склонностью к запорам

Краткосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Долгосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Настоящая проблема: Слабость, недомогание, нарушение сна, плохое настроение, снижение работоспособности.

Краткосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Долгосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Настоящая проблема: Дефицит знаний о принципах диеты №1

Краткосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Долгосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Настоящая проблема: Дефицит знаний о своем заболевании

Краткосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Долгосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Настоящая проблема: Нерегулярный прием лекарственных средств.

Краткосрочная цель: достигнута / не достигнута.

Долгосрочная цель: достигнута / не достигнута.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

