

ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Выполнила:

студентка 4 курса 25 группы
лечебного факультета

Тумилович О.Ф.

ЧТО ТАКОЕ ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ?

- ▣ **Язвенная болезнь** — заболевание, при котором в желудке и (или) 12-перстной кишке человека образуются дефекты (язвы). Чаще всего болеют язвенной болезнью мужчины от 20 до 50 лет.
- ▣ **Для заболевания характерно хроническое течение и цикличность:** болезнь подтачивает здоровье своего хозяина годами, периоды обострения сменяются обманчивым спокойствием. Наиболее часто язва дает о себе знать весной и осенью.
- ▣ Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается гораздо чаще, чем язвенная болезнь желудка.

Язвенная болезнь

Язва 12-перстной кишки

Желудок

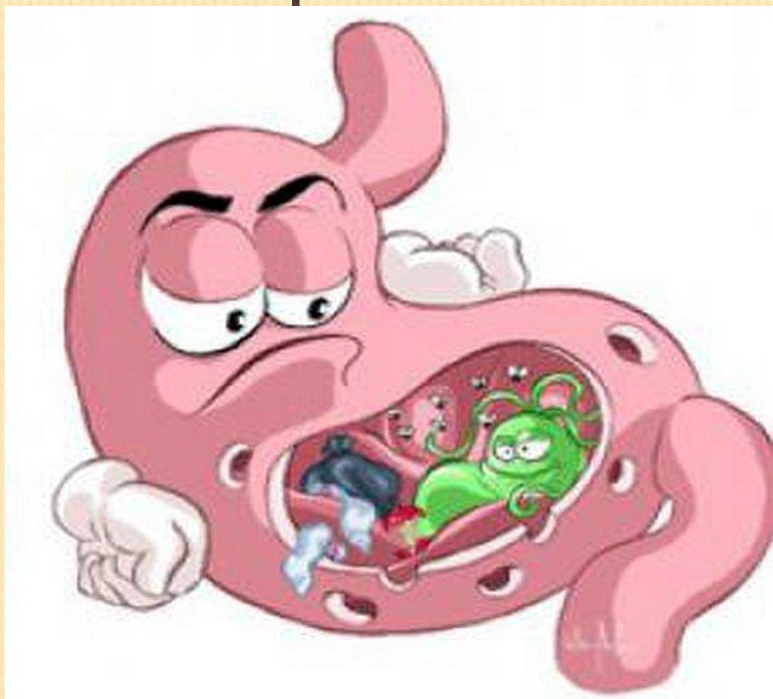


Тонкий кишечник

Язва желудка

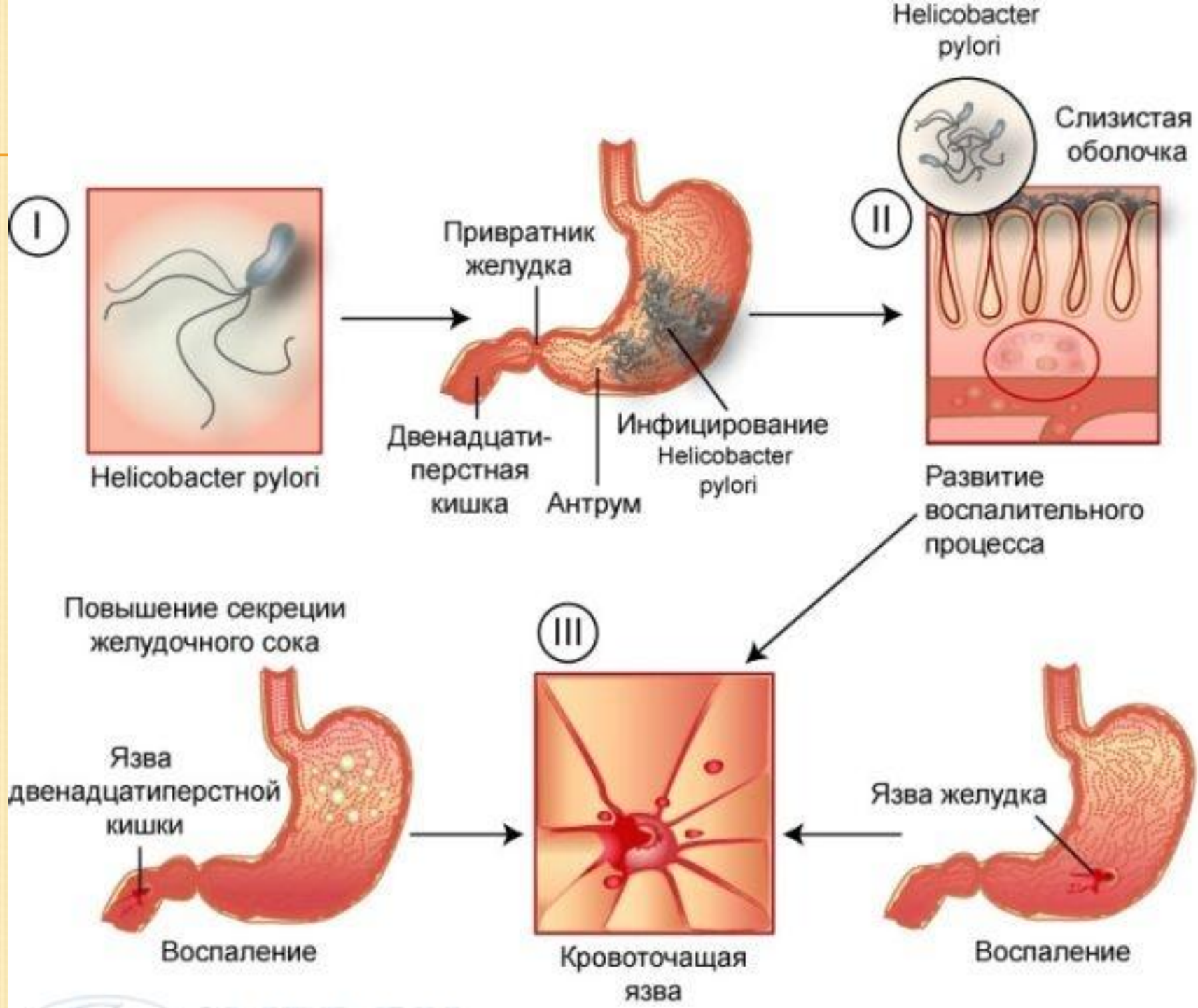
ПРИЧИНЫ

- Ведущую роль в развитии заболевания играет спиралевидный микроб ***Helicobacter pylori***, который повреждает слизистую оболочку желудка и 12-перстной кишки.



ЧТО ПРОИСХОДИТ?

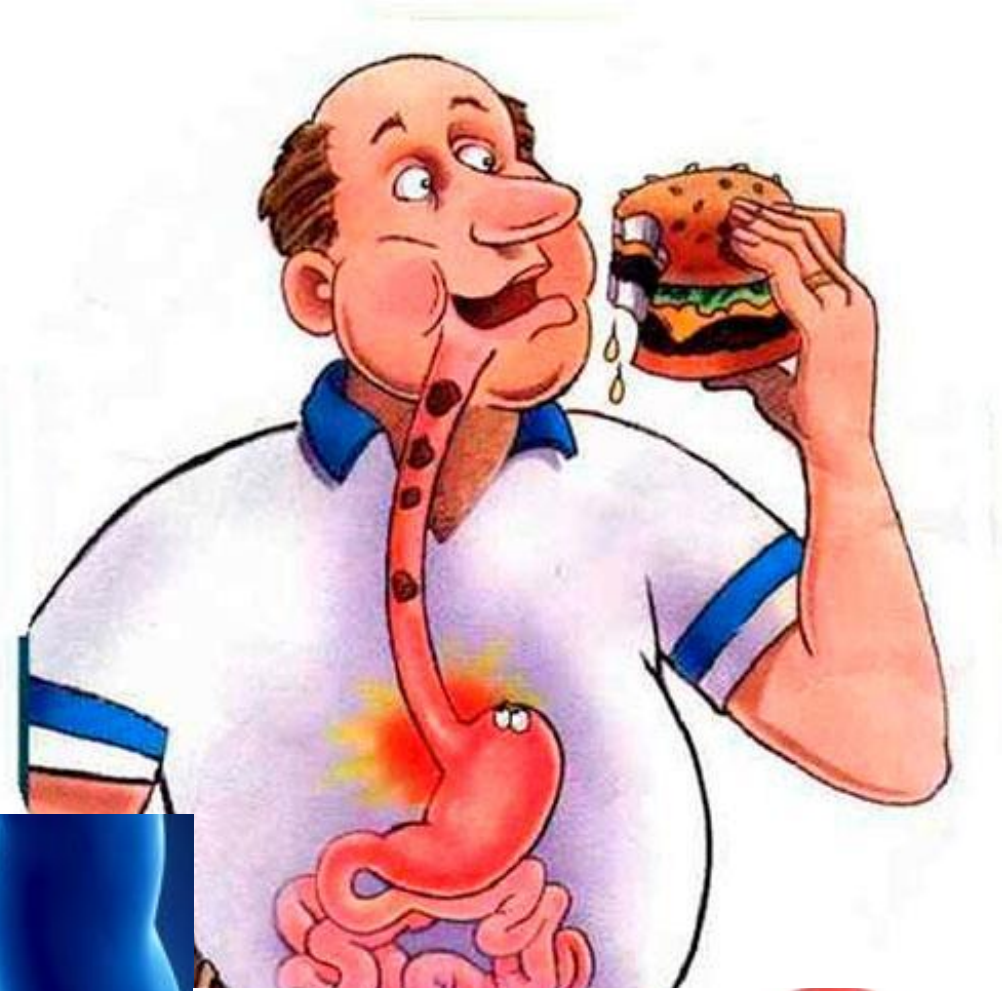
- Микроб **Helicobacter pylori** передается от человека к человеку при тесном длительном контакте, например, при поцелуях, через общую посуду и полотенца, а также при несоблюдении правил гигиены в туалетах.
- Оказавшись в желудке Helicobacter, начинает активно размножаться и вести подрывную деятельность. Он вырабатывает **особые ферменты** (*уреазу, протеазы*), которые повреждают защитный слой слизистой (внутренней) оболочки желудка и 12-перстной кишки, нарушает функции клеток, выработку слизи и обменные процессы и вызывает образование язв.



Однако, этот микроорганизм можно обнаружить более, чем у **80% жителей нашей страны, но при этом болеют язвенной болезнью далеко не все.**

Дело в том, язва не развивается без ряда **дополнительных факторов:**

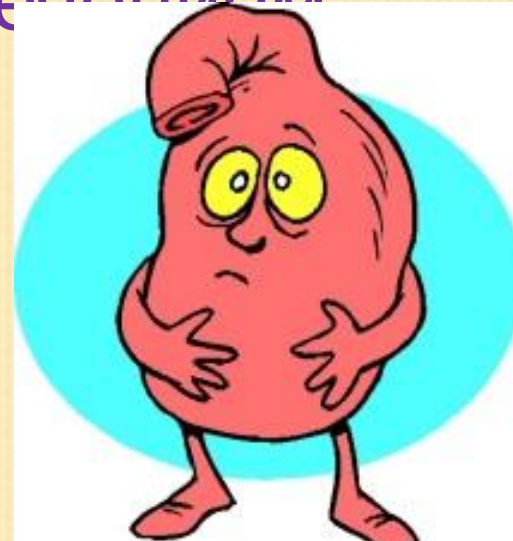
- ❖ **стрессы, тревога, депрессии.** При этом возникает нарушение функций вегетативной нервной системы с преобладанием тонуса блуждающего нерва. Это, в свою очередь, вызывает спазм мышц и кровеносных сосудов желудка. В результате он остается без полноценного питания и становится уязвимым к действию соляной кислоты: стенки начинают перевариваться едким желудочным соком. Образуется язва
- ❖ **плохая наследственность;**
- ❖ **неправильное питание:** употребление грубой и острой пищи. При этом повышается выработка соляной кислоты.
- ❖ **злоупотребление алкоголем.** Алкоголь усиливает агрессивные свойства желудочного сока и снижает защитные свойства слизистой оболочки.
- ❖ **курение.** Никотин усиливает выработку соляной кислоты, препятствует нормальному перевариванию пищи, повреждает стенку желудка, а также нарушает выработку факторов защиты слизистой желудка в поджелудочной железе.;
- ❖ **бесконтрольный прием некоторых лекарств** (резерпин, кортикостероидные гормоны, аспирин).



КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ?

- В первую очередь о возникновении и развитии язвенной болезни человеку сигнализирует боль в верхней половине живота. Беспокоят **ночные и «голодные» боли**, при которых человеку необходимо что-нибудь съесть, чтобы «погасить» боль.
- Боли при язвенной болезни имеют четкую **ритмичность** (время возникновения и связь с приемом пищи), **периодичность** (чередование болевых ощущений с периодами их отсутствия) и **сезонность обострений** (весной и осенью). Характерно, что боли при язвенной болезни уменьшаются или исчезают после приема пищи и антацидов (альмагель, маалокс).
- Одним из частых симптомов язвенной болезни является **изжога**, которая обычно возникает спустя 2-3 часа после еды. **Тошнота, рвота, «кислая» отрыжка, запоры** – эти неспецифические симптомы также могут свидетельствовать о язве. Аппетит при язвенной болезни обычно сохранен или даже повышен, так называемое **«болезненное чувство голода»**.

- **Имейте ввиду, в некоторых случаях язва может протекать бессимптомно!**
- Если болезнь не лечить, язвенный дефект распространяется вглубь стенки желудка. Этот процесс может завершиться опасными для жизни человека **осложнениями**: прободением (перфорацией), при котором в стенке желудка или кишки образуется сквозное отверстие или кровотечение.



ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ



ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

- **Частота наблюдения** – 1 раз в год врачом-терапевтом, врачом-гастроэнтерологом, врачом-хирургом, врачом-онкологом.
- **Перечень и частота диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием:** **1-й год:** ФГДС с биопсией – 1 раз в год, рентгеноскопия желудка, УЗИ органов брюшной полости (по медицинским показаниям), общий анализ крови – 1 раз в год, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, общий билирубин, общий белок, амилаза), ЭКГ (по медицинским показаниям); **2-й и последующие годы:** ФГДС с биопсией, рентгеноскопия желудка, УЗИ ОБП, ЭКГ, общий анализ крови, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, общий билирубин, общий белок, амилаза) – по медицинским показаниям.
- **Основные лечебно-профилактические мероприятия:** режим питания, лечение согласно клиническим протоколам.
- **Критерии эффективности диспансеризации:** отсутствие или уменьшение частоты рецидивов. Снижение временной нетрудоспособности.
- **Сроки наблюдения и критерии снятия с учета:** наблюдение пожизненно.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

- **Частота наблюдения** – 1 раз в год врачом-терапевтом, врачом-гастроэнтерологом, врачом-хирургом.
- **Перечень и частота диагностических исследований, необходимых для контроля за заболеванием:** ФГДС с биопсией, рентгеноскопия желудка, УЗИ органов брюшной полости (по медицинским показаниям), общий анализ крови – 1 раз в год, анализ крови биохимический (АСТ, АЛТ, билирубин, общий белок, амилаза), ЭКГ (по медицинским показаниям).
- **Основные лечебно-профилактические мероприятия:** режим питания, лечение согласно клиническим протоколам.
- **Критерии эффективности диспансеризации:** отсутствие или уменьшение частоты рецидивов. Снижение временной нетрудоспособности.
- **Сроки наблюдения и критерии снятия с учета:** наблюдение пожизненно.



В результате осуществления образовательной программы – «Школа больных язвенной болезнью»

пациент должен знать:

- основные факторы риска развития и прогрессирования болезни и пути их устранения,
- основные симптомы обострения и (или) осложнений гастродуоденальных язв,
- конкретные мероприятия (диетические ограничения, физическая активность, медикаментозные средства) при появлении симптомов обострения или осложнений заболевания.

Пациент должен уметь:

- вести «дневник самоконтроля» состояния и оценки эффективности лечения,
- адекватно оценить изменение состояния здоровья,
- в случае необходимости прибегнуть к вызову «скорой помощи» или связаться с участковым врачом,
- начать необходимую, «апробированную» в аналогичных случаях, лекарственную терапию «по требованию» до консультации врача.

КРИТЕРИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

1) Экстренная госпитализация:

- осложнения язвенной болезни,
- пациенты с язвами различных размеров при угрозе кровотечения – наличие тромбированных сосудов и (или) налета темного цвета на дне язвы;

2) Плановая госпитализация:

- желудочная язва,
- впервые выявленная язва любой локализации,
- необходимость оперативного лечения.

При язве двенадцатиперстной кишки госпитализация осуществляется в следующих случаях:

- обострение при тяжелом течении заболевания,
- отсутствие положительной динамики в течение 2-х недель амбулаторного лечения,
- большие размеры язвы – 10 мм и более,
- множественные язвы,
- угроза перфорации или кровотечения,
- после кровотечения – перевод из хирургического отделения,
- решение экспертных вопросов.

КРИТЕРИИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

- а) впервые выявленная язвенная болезнь;
- б) наличие осложнений, требующих лечения;
- в) обострение язвенной болезни;
- г) необходимость хирургического лечения.

Лечению в амбулаторно-поликлинических условиях, в частности, в дневном стационаре поликлиники, подлежат:

- больные с умеренным и выраженным, но нестойким болевым синдромом,
- больные с неосложненными формами язвенной болезни,
- больные с отсутствием тяжелой сопутствующей патологии.

Пациенты с обострением дуоденальной язвы после ликвидации болевого синдрома и амбулаторного лечения в течение 1-2 нед, при условии продолжающейся адекватной фармакотерапии, в большинстве случаев работоспособны, если характер работы не предполагает физического и нервно-психического напряжения.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

- степень тяжести и характер течения заболевания;
- развившиеся осложнения;
- характеристика функционально-морфологического состояния органов гастродуоденальной системы;
- характеристика язвы (локализация, размер, стадия);
- эффективность предшествующего лечения;
- сопутствующие заболевания;
- социальные факторы (профессия, характер и условия труда).

НАПРАВЛЕНИЕ НА МСЭ

При направлении больного на МРЭК в посылном листе кратко указываются самые главные сведения из «язвенного» анамнеза пациента, нуждаемость в амбулаторной и стационарной помощи, объем проводимого лечения и его результаты, эффективность противорецидивной терапии. Из дополнительных методов исследования приводятся данные:

- ФЭГДС с результатами биопсии и наличия *H.pylori*. При невозможности выполнения ФЭГДС проводят рентгенологическое обследование,
- исследование желудочной секреции (с применением гистамина или пентагастрина), рН-метрия (если имеется),
- рост, масса тела пациента в динамике,
- анализ крови общий (динамика показателей при анемии), анализ мочи общий, анализ кала на скрытую кровь, копроцитограмма,
- биохимическое исследование сыворотки крови (глюкоза, общий белок, трансаминазы, холестерин, липопротеиды, электролиты, мочевины, амилаза, щелочная фосфатаза),
- УЗИ органов брюшной полости,
- заключение гастроэнтеролога, хирурга, онколога (по показаниям).

Консультация хирурга в плановом порядке проводится при диагностике стенозов пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки, а также при неэффективности 3-4 курсов комплексного консервативного лечения при глубоких каллезных язвах, при непрерывно-рецидивирующем течении и проявлениях осложнений.

ПОКАЗАНИЯ К САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

- **Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе ремиссии, неполной ремиссии или затухающего обострения**, если отсутствует двигательная недостаточность желудка, склонность к кровотечениям, пенетрации и подозрение на возможность злокачественного перерождения, традиционно рекомендуются для лечения в местных санаториях и курортах с питьевыми минеральными водами и лечебной грязью.
- **Болезни оперированного желудка по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с демпинг-синдромом и гипогликемическим синдромом легкой и средней степени тяжести** показаны для лечения в местных спецсанаториях, но не раньше, чем через 1 мес после операции, а для курортного лечения – не ранее, чем через 2 мес при окрепшем послеоперационном рубце и удовлетворительном общем состоянии (курорты с



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К САНАТОРНО-КУРОРТНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения,
- язвенная болезнь, осложненная субкомпенсированным стенозом, повторными кровотечениями, отмечавшимися за последние 8-10 мес,
- пенетрирующая язва,
- осложнения после операции на желудке /незаживающий послеоперационный рубец, свищи, синдром приводящей петли, демпинг-синдром, гипогликемический синдром тяжелой степени, атония культи желудка.
- Однократное профузное кровотечение по истечении года не является противопоказанием к курортному лечению.