

ТЕМА: СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Специальность 34.02.01
Сестринское дело

ПМ.02. Участие в лечебно-диагностических и реабилитационных
процессах

МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и
состояниях

Составила: преподаватель сестринского дела в терапии Гильмиярова
Анжела Нуримановна

Цели занятия:

Учебные (дидактические) цели:

- Изучить сестринскую помощь при язвенной болезни

Развивающие цели:

- способствовать развитию логического мышления
- способствовать развитию памяти и речи
- развивать умение сравнивать, обобщать, анализировать

Воспитательные цели:

- стремиться воспитать чувства милосердия, гуманизма, взаимопомощи, коллективизма.

- Задачи лекции:

1. Дать понятия «язвенная болезнь».
2. Рассмотреть этиологию и патогенез.
3. Изучить классификацию, клиническую картину и осложнения язвенной болезни.
4. Разобрать диагностику, принципы лечения и профилактики
5. Рассмотреть сестринскую помощь при гастритах и неотложную помощь при кровотечениях и перфорации.

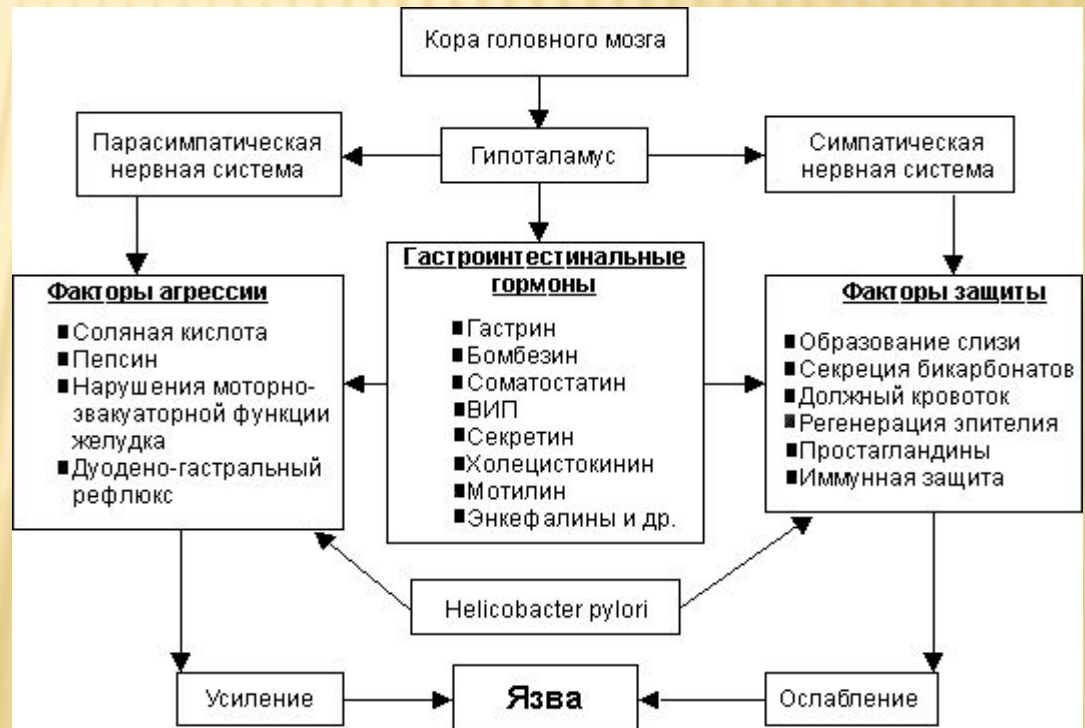
Язвенная болезнь - хроническое, циклически протекающее заболевание желудка или двенадцатиперстной кишки с образованием в периоды обострения язв. Заболевание возникает в результате нарушения регуляции секреторных и моторных процессов, а также нарушения защитных механизмов слизистой оболочки этих органов



Этиология, патогенез

В настоящее время самой распространенной точкой зрения на патогенез язвенной болезни признается нарушение взаимодействия между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного сока и защитными возможностями слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

К факторам кислотно-пептической агрессии относят гиперпродукцию соляной кислоты и пепсина, гиперплазию фундальной слизистой, повышение тонуса блуждающего нерва, гиперпродукцию гастрина, ацетилхолина, гиперреактивность обкладочных клеток, травматизацию гастродуоденальной слизистой, дисмоторику (усиление моторной активности желудка с ускоренной эвакуацией из него кислотного содержимого, цитолитическое действие желчных кислот и лизолецитина при дуоденогастральном рефлюксе).



Защитные факторы - это адекватная продукция слизи, активная регенерация клеток покровного эпителия, достаточное кровоснабжение слизистой оболочки, активная секреция бикарбонатов, нейтрализующая соляную кислоту желудочного сока, как за счет щелочного компонента желудочной секреции, так и благодаря внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы.

В последние годы учеными привлечено внимание к бактериям из рода *Helicobacter*, которые вызывают эрозии и язвы в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки. Высказано мнение о том, что воспаление, обусловленное *Helicobacter pylori*, повреждает слизистую оболочку, уменьшает слой слизи и приводит к нарушению равновесия между факторами агрессии и защиты, и в результате к образованию язв.



Способствующие факторы:

длительное и часто повторяющееся нервно-эмоциональное перенапряжение (стресс);

генетическая предрасположенность, в том числе стойкое повышение кислотности желудочного сока конституционного характера;

предъязвенное состояние: наличие хронического гастрита, дуоденита, функциональных нарушений желудка и двенадцатиперстной кишки гиперстенического типа;

нарушение режима питания;

курение;

употребление крепких алкогольных напитков, некоторых медикаментозных средств (аспирин, бутадион, индометацин).



КЛИНИКА

Боль является ведущим симптомом язвенной болезни, которая нередко бывает единственной жалобой больных. Боль обычно локализуется в подложечной области, реже в подреберьях. При высоких субкардиальных язвах боли могут быть за грудиной. Характер болей различный: сжимающие, режущие, тянущие, давящие и т. п.

В зависимости от времени появления болей различают ранние боли (через 30 минут и до одного часа после приема пищи), поздние (через 2-6 часов), ночные и "голодные" боли. Ранние боли бывают чаще всего при язве желудка, поздние - при язве двенадцатиперстной кишки. При дуоденальных язвах "голодные" и ночные боли непосредственно после приема пищи исчезают, нередко они успокаиваются после приема соды, жидкости, после рвоты, которую больной искусственно вызывает сам. Наиболее интенсивные боли наблюдаются при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка.



Периодичность течения и сезонность обострения является важным симптомом язвенной болезни является, наступающего чаще всего в конце зимы и поздней осенью.

Рвота частый признак язвенной болезни, особенно при язве желудка, реже - при язве двенадцатиперстной кишки. Различают два вида рвоты: от раздражения (обычно необильную, зависящую от гиперсекреции) и в связи со стенозом пилорического отдела желудка или длительным спазмом его, которая бывает обильной, содержит остатки пищи и, как правило, приносит облегчение.

Изжога наступающая после еды, реже - натощак и ночью. Нередко изжога оказывается ранним признаком язвенной болезни и появляется задолго до развития болей. Не всегда изжога обусловлена повышенной кислотностью желудочного содержимого и гиперсекрецией, она может быть вызвана с антиперистальтическим забрасыванием желудочного сока в нижний отдел пищевода.

Отрыжка нередко наблюдается, особенно кислая.

Аппетит при язвенной болезни обычно сохранен, иногда повышен, но больные воздерживаются от приема пищи из-за страха усиления боли. В период обострения заболевания могут наблюдаться запоры, обусловленные спазмом толстого кишечника.



Объективные симптомы скудные. Кожный покров обычной окраски или наблюдается бледность за счет спазма мелких артерий кровеносных сосудов (при выраженном болевом синдроме), либо при наличии явных или скрытых кровотечений. Могут быть симптомы вегетативной дистонии: усиленное потоотделение, резкая влажность ладоней, выраженный красный, реже белый дермографизм. Со стороны сердечно-сосудистой системы характерна склонность к артериальной гипотонии, брадикардии, снижению сердечного выброса. Они обусловлены повышением тонуса блуждающего нерва, нервно-рефлекторным воздействием со стороны рецепторного аппарата желудка и двенадцатиперстной кишки и снижением минералокортикоидной активности надпочечников. Язык может быть чистым и влажным, при сопутствующем гастрите обложен.

В период обострения при пальпации живота отмечается напряжение мышц. При язве в двенадцатиперстной кишке выявляется локальная болезненность в пилородуоденальной зоне. При язве желудка у многих больных боль локализуется в эпигастральной области и носит разлитой характер.

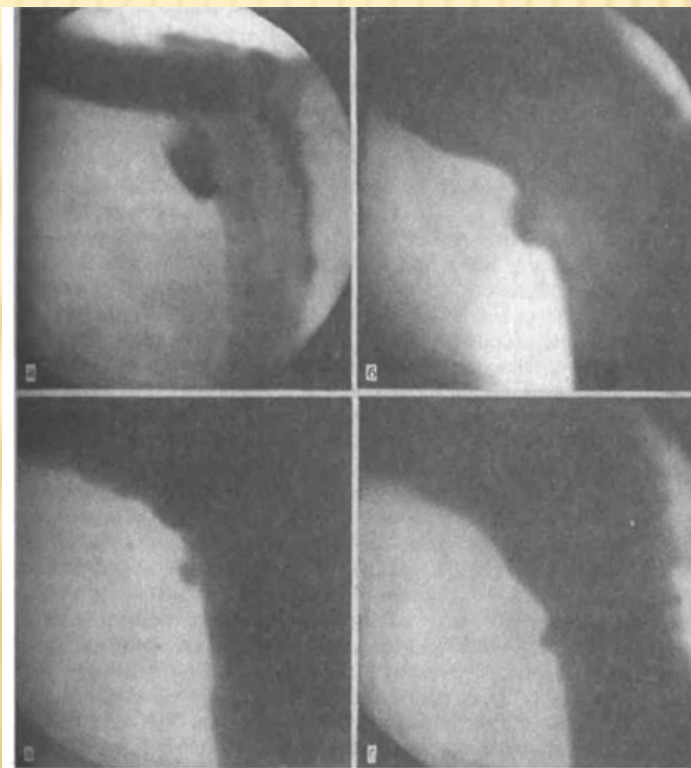
Диагностическое значение имеет определение перкуторной болезненности по Менделю и Стражеско, выявляющее зоны ограниченной болезненности

ДИАГНОСТИКА

- 1. Сбор анамнеза
- 2. Клинические признаки
- 3. Данные объективного осмотра
- 4. Лабораторная диагностика: **общий анализ крови** (возможна анемия, особенно при осложнениях), **кал на скрытую кровь** после предварительной трехдневной подготовки, **анализ желудочного сока**. При язве большой и малой кривизны кислотность нормальная, снижена или несколько повышена; при пилородуоденальных язвах кислотность высокая.

5. Инструментальная диагностика

Рентгенологическая диагностика Основным рентгенологическим признаком в диагностике язвы является симптом "ниши". Язвенная ниша - это депо бариевой массы, довольно правильной формы с четкими контурами. Вокруг ниши виден воспалительный вал, к которому конвергируют складки слизистой оболочки. Затруднения в диагностике вызывают поверхностные изъязвления и кровоточащие язвы в связи с заполнением их тромботическими массами; а также воспалительная инфильтрация слизистой оболочки, особенно при рецидивирующей язве луковицы двенадцатиперстной кишки



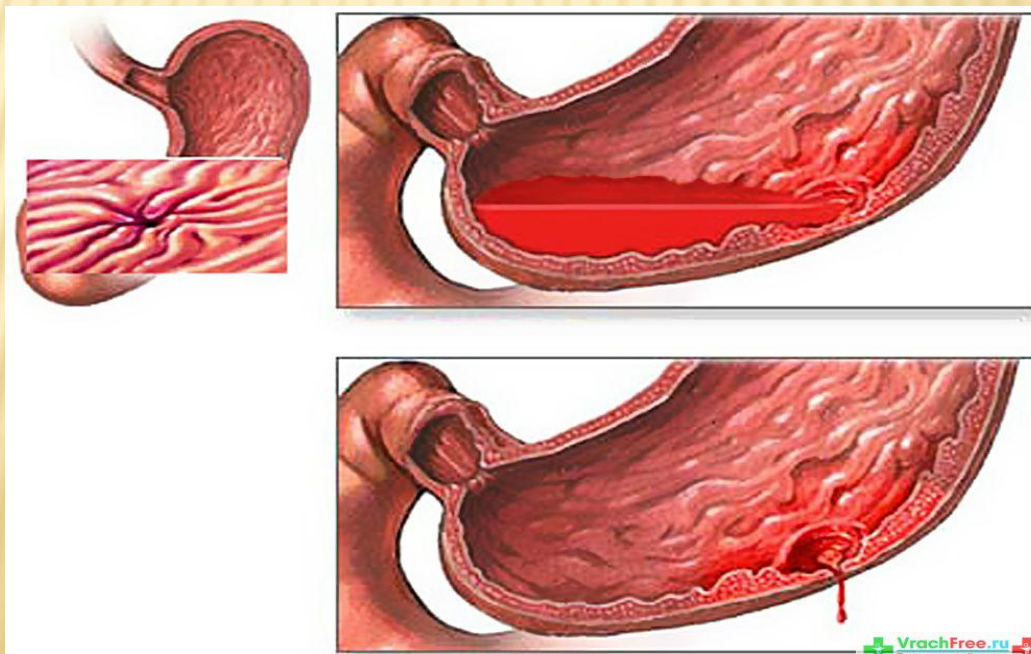
При ФГДС наблюдается язвенный дефект соответствующей локализации, дно язвы удерживает некротические массы и покрыто фибрином. Складки слизистой оболочки по краям язвы утолщены. В процессе рубцевания на месте язвы определяется регенерирующий эпителий, в дальнейшем образуется белый рубец.



ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

1. Кровотечения.

- Симптомы зависят от количества кровопотери. При массивном кровотечении: признаки сосудистой недостаточности (бледность кожных покровов, головокружение, обморок, снижение АД, тахикардия, анемия— коллапс), **рвота в виде «кофейной гущи»** (при обильном кровотечении возможна примесь алой крови), **мелена**. Необходимо помнить, что кровавая рвота может отсутствовать при кровоточащих язвах двенадцатиперстной кишки, а мелена — поздний симптом кровотечения.



Доврачебная помощь при желудочно-кишечном кровотечении

Действия	Обоснование
Вызвать врача	Для оказания экстренной помощи
Успокоить, уложить на спину или на бок, голову повернуть набок, подложить под рот лоток или салфетку	Психоэмоциональная разгрузка, для профилактики аспирации рвотных масс
Положить на эпигастральную область пузырь со льдом	С целью сужения сосудов, уменьшения кровотечения
Запретить пить, принимать пищу, разговаривать	Уменьшить кровотечение
Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД	Контроль состояния

Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты:

- систему для внутривенного вливания, шприцы для в/в, в/м и п/к введения препаратов, жгут, все необходимое для определения группы крови и резус-фактора;
- 10 % раствор хлорида или глюконата кальция, 1 % раствор викасола, 5 % раствор аминокaproновой кислоты, 10 % раствор желатиноля, 12,5 % раствор дицинона (амп.).



□ 2. Перфорация.

- Наблюдается обычно у мужчин во время обострения болезни (чаще в осенне-весенний период). Встречается в 5— 10% пациентов. Перфорация может наступать как при свежих, так и при каллезных язвах.
- Перфорация может быть в свободную брюшную полость, может быть прикрытой или в забрюшинную клетчатку.
- Чаще всего встречается перфорация в свободную брюшную полость. Развивается она обычно остро и характеризуется двумя основными симптомами: резчайшая **«кинжальная» боль** и **«доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки** и последующим развитием других симптомов перитонита, положительным симптомом Щеткина—Блюмберга.
- Постепенно нарастают метеоризм, задержка стула, газы не отходят, черты лица заостряются. Язык сухой. Пациенты лежат неподвижно на спине или на боку с приведенными к животу ногами.
- Весьма характерный симптом — **исчезновение «печеночной тупости»** при перкуссии вследствие поступления газа в брюшную полость и скопления его под диафрагмой. Рентгенологически при этом видна серповидная полоска просветления над печенью. Перфорация часто сопровождается коллапсом. Пульс, вначале замедленный, становится частым. Рвота бывает частой, повышается температура тела.



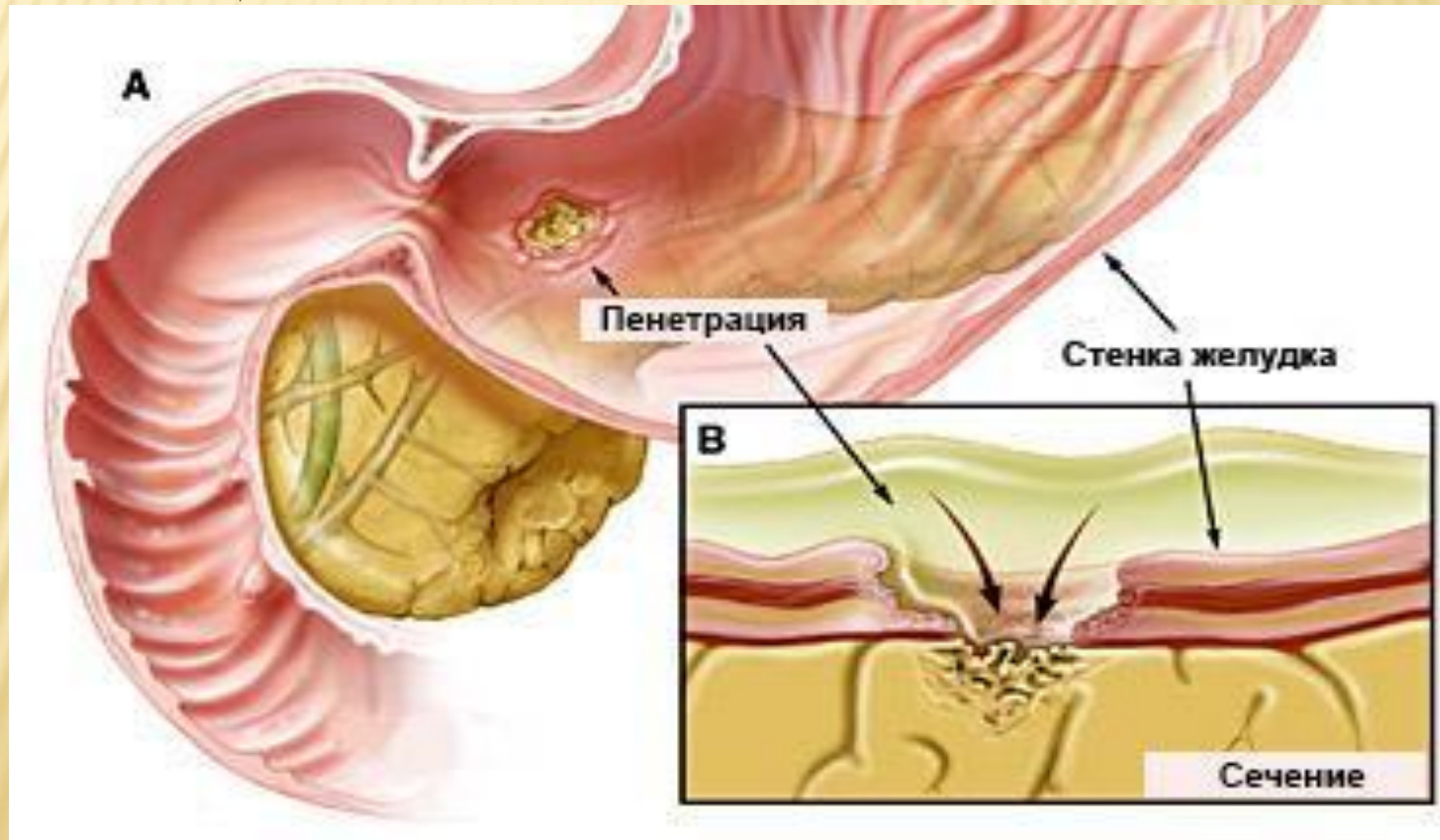
Доврачебная помощь при перфорации язвы

1. Вызвать врача.
2. Обеспечить пациенту полный физический покой.
3. Положить пузырь со льдом на эпигастральную область.
4. Запретить есть, пить, разговаривать.
5. Контроль пульса и артериального давления.
6. Запрещается вводить обезболивающие средства, давать слабительные препараты, ставить клизмы.
7. Пациент подлежит экстренной госпитализации для оперативного лечения.



3. Пенетрация

Пенетрация язвы в соседние органы может рассматриваться, как своеобразная разновидность прикрытой перфорации. Чаще всего пенетрируют язвы задней и боковой стенок луковицы и постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки. Наиболее часто язвы пенетрируют в малый сальник, в поджелудочную железу, печень, толстую кишку, брыжейку. Клиническая картина язвенной болезни изменяется. Боли становятся упорными, постоянными. Присоединяются признаки вовлечения в патологический процесс поджелудочной железы, печени или желчевыводящих путей (желтуха, повышение активности амилазы в крови, опоясывающие боли и др.). Пенетрация чаще возникает у мужчин, особенно у длительно болеющих



4. Стеноз привратника.

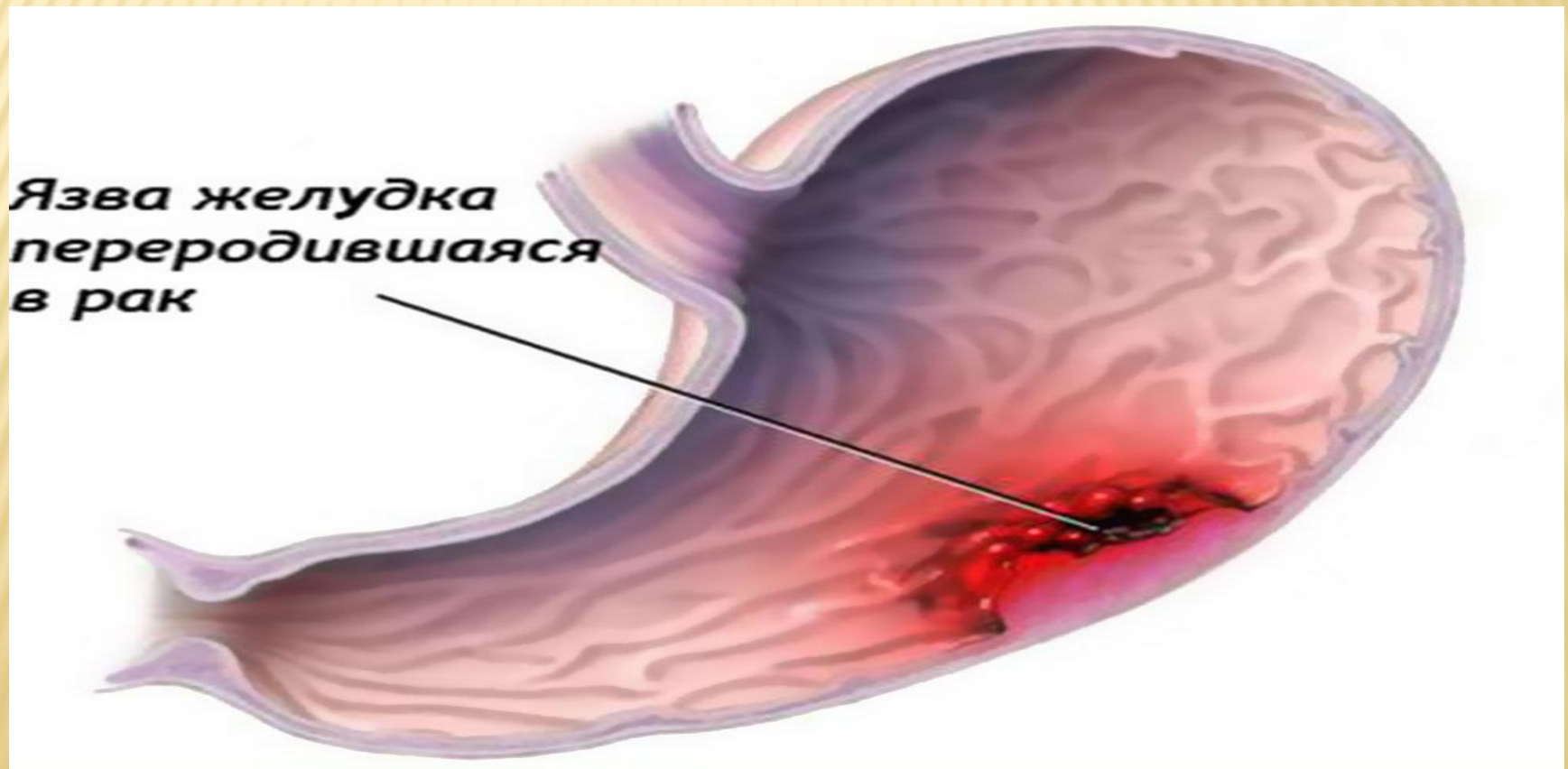
Является результатом рубцевания язвы, которая располагается в пилорическом отделе желудка. В результате стеноза возникает препятствие для прохождения пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку.

Для этого осложнения характерны: **чувство распирания** в подложечной области, тягостная **рвота застойного характера**, содержащая натошак остатки пищи, съеденной накануне. При осмотре бывает, видна перистальтика, антиперистальтика в эпигастральной области.

Отмечаются похудание, сухость кожи, снижается ее тургор и эластичность, появляется отрыжка с запахом тухлого яйца. При пальпации живота отмечается «шум плеска». Живот вздут. Чувство переполнения живота при употреблении небольшого количества пищи. При многократной рвоте могут быть судороги, затемненное сознание, сгущение крови. Рентгенологическое исследование выявляет замедление эвакуации контраста из желудка, снижение тонуса и расширение тени желудка.



5. Малигнизация язвы (злокачественная трансформация). Чаще всего встречается в кардиальном и пилорическом отделах желудка. При малигнизации язвы боли приобретают постоянный характер, они не связаны с приемом пищи и ее качеством. Пациенты теряют аппетит, худеют, учащается рвота, повышается температура тела до субфебрильных цифр, развивается анемия, постоянно выявляется положительная реакция Грегерсена (на скрытую кровь).



ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1. При резко выраженном обострении на 10-12 дней назначают строгую диету №1а, 1б, 1 стол. (Механически и химически щадящая). молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные и слизистые супы из круп. Затем в последующие 2 недели добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (тефтели, паровые котлеты, суфле). В последующем разрешают черствый белый хлеб, творог, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные мясные и рыбные супы, картофельное пюре, каши (желательно протертые).



2. В период обострения больной должен соблюдать **постельный режим**, (можно ходить в туалет, присаживаться к столу для еды) в течение 2-3 недель. При благополучном течении режим постепенно расширяется.



3. Ингибиторы протонной помпы (препятствующих формированию в секреторной клетке желудка соляной кислоты)

Омепразол

Ультом

Лосег



4. Блокаторы H₂ гистаминовых рецепторов

Ранитидин

Фамотидин

Квамател



5. Антациды(нейтрализуют соляную кислоту в желудке);

Альмагель

Фасфалюгель

Маалокс

Викаир

Ренни

Гастал



6. Антихеликобактерные препараты (уничтожают бактерию хеликобактер пилори);

Де-нол

Эритромицин

Метронидазол

Фуразалидон



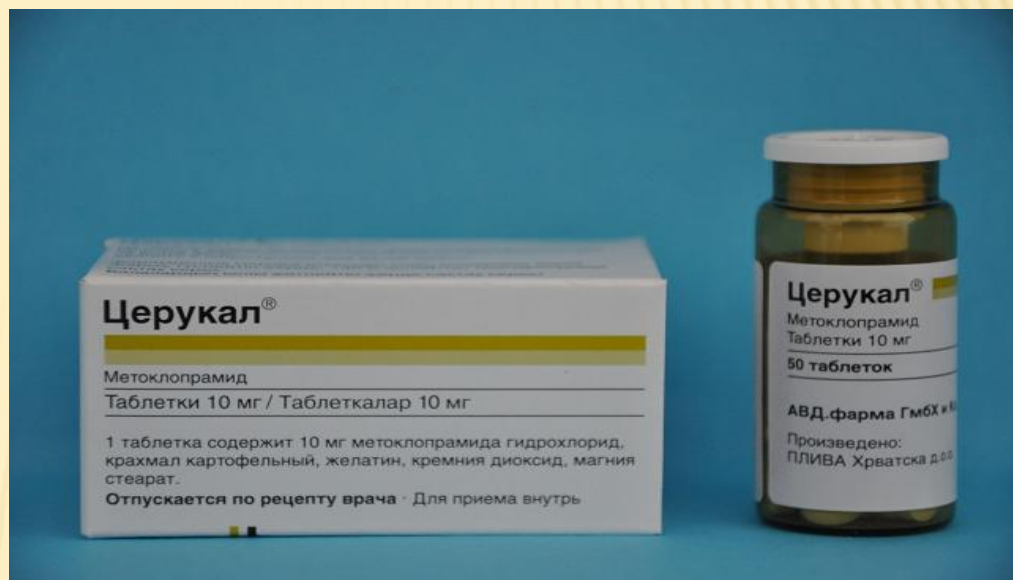
7. Средства, нормализующие моторику желудочно-кишечного тракта и снимающие боль.

Галидор

Церукал

Но-шпа,

Папаверин



8. Физиопроцедуры:

- электросон;
- электрофорез лекарственных веществ;
- ультразвук;
- магнитотерапия;



9. Лечение минеральными водами



2.7 Профилактика

Первичная профилактика . Она включает в себя рациональное питание с детства, организацию труда и отдыха, борьбу с табакокурением и алкоголизмом, создание благоприятного психологического микроклимата в семье, на производстве, занятия физкультурой и спортом.

Первичная профилактика должна быть направлена на раннюю диагностику и лечение предъязвенного состояния: хронических гастритов, функциональных расстройств желудка и двенадцатиперстной кишки, а также выявления других факторов риска.



Вторичная профилактика. Диспансерное наблюдение у гастроэнтеролога.

Диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью проводится долго (в течение 5 лет после очередного рецидива или обострения). Оно включает профилактические курсы лечения, особенно весной и осенью (иногда целый год). Проводится санация инфекционных очагов, сопутствующих заболеваний, периодическое рентгенологическое, эндоскопическое исследования.



Сестринский процесс при язвенной болезни

1. Первый этап - сестринское обследование

Сестринское обследование проводится двумя методами:

1. субъективно у пациента выявляются жалобы
2. объективный метод - это осмотр, при котором определяет статус пациента в настоящее время.

Общее состояние пациента

Положение пациента в постели

Состояние сознания

Дыхание

Артериальное давление (АД).

Пульс (Ps).

2. Второй этап - определение проблем пациента

Проблемы пациента:

- **Настоящие:** боли в эпигастральной области, возникающие через 3-4 часа после еды, ночные боли, похудание, изжога, запоры, плохой сон, общая слабость.
- **Потенциальные:** риск развития осложнений (желудочное кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника, малигнизация).
- **Приоритетная** проблема: боль в эпигастральной области.

3. Третий этап - планирование сестринского вмешательства

Для составления плана медсестре необходимо знать: жалобы пациента, проблемы и потребности пациента, общее состояние пациента, состояние сознания, положение пациента в постели, дефицит самообслуживания.

Цели краткосрочные (пациент отмечает стихание боли) и долгосрочные (пациент не предъявляет жалоб к моменту выписки)

4. Четвертый этап - сестринское вмешательство

План	Мотивация
1. Своевременно и правильно выполнять назначения врача	Для эффективного лечения
2. Обеспечить лечебно-охранительный режим	Для улучшения психоэмоционального состояния пациента
3. Обеспечить питание в соответствии со щадящей диетой	Для физического, химического и механического щажения слизистой желудка пациента
4. Обучить правилам приема назначенных лекарственных средств	Для эффективного лечения
5. Объяснить сущность заболевания, рассказать о современных методах профилактики обострения заболевания	Для снятия тревожного состояния, повышения уверенности в благоприятном исходе лечения
6. Обеспечить правильную подготовку к ФГС и желудочному зондированию	Для точности диагностических процедур
7. Наблюдать за внешним видом и состоянием, контроль пульса, АД, характера стула	Для раннего выявления и своевременного оказания неотложной помощи при осложнениях
8. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания с достаточным содержанием витаминов, пищевых антацидов	Для эффективного лечения

5. Пятый этап - оценка результатов.

На этом этапе медсестра:

- определяет достижение цели;
- сравнивает с ожидаемым результатом;
- формулирует выводы;
- делает соответствующую отметку в документах (сестринской истории болезни) об эффективности плана ухода

