Оглавление

Введение

. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

.1 Этиология. Факторы риска развития язвенной болезни и ее осложнений. Классификация язвенной болезни и ее осложнений

.2 Клиническая картина язвенной болезни

.3 Клиническая картина обострений и осложнений язвенной болезни

.4 Диагностика язвенной болезни и ее осложнений

.5 Принципы лечения язвенной болезни и ее осложнений

.6 Помощь при неотложных состояниях

.7 Методы профилактики обострений и осложнений язвенной болезни

.8 Участие медицинской сестры в профилактике обострений и осложнений язвенной болезни

.9 Сестринский процесс при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

. Практическая часть

2.1 Анкетирование

2.2 Выводы

Заключение

Список литературы

Приложения

Введение

Актуальность исследования

Язвенная болезнь (ЯБ) является одним из самых распространенных заболеваний среди взрослого населения. Городское население страдает этим заболеванием чаще, чем жители села. Язвенной болезнью страдают преимущественно молодые и взрослые мужчины (25-40 лет), тогда как осложнения в основном наблюдаются у лиц пожилого возраста. Они являются основной причиной временной нетрудоспособности и инвалидности. Женщины чаще заболевают после наступления менопаузы. Б - хроническое рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки и образование язв, в большинстве случаев вызванное пилорическим хеликобактером.инфекция является важнейшим эти патогенетическим фактором развития язвенной болезни, хронического гастрита, рака желудка (Н.pylori отнесен в 1994г. Экспертами ВОЗ к канцерогенам I группы в отношении развития рака желудка). Инфицированность Н.pylori в четыре раза повышает риск развития язвенной болезни (Н.pylori определена у 95% больных с дуоденальной язвой, и у 70-80% с язвой желудка).

Патогенность НР составляет 10-15%. При наличии инфекции в организме риск развития ЯБ составляет от 15 - 20% и 2% рака желудка. НР-инфекция передается контактным и фекально-оральным путями. Развивается гастрит, который часто протекает асимптомно, у 1 из 6 людей инфицированных НР может развиться ЯБ. Риск инфицирования напрямую связано с условиями быта в детском возрасте, и чаще у членов семьи, где есть носитель инфекции, больной ЯБ или раком желудка. Условия быта весьма важны в трансмиссии инфекции, чем генетические факторы: случаи инфицирования напрямую связаны с социально-экономическим статусом и уровнем дохода семьи, и особенно скученностью в семье. Распространенность НР высока среди населения старшего возраста, у лиц с низким социоэкономическим статусом.

В России на диспансерном учёте находится около 3 млн таких больных. Согласно отчётам МЗ РФ, в последние годы доля пациентов с впервые выявленной язвенной болезнью в России возросла с 18 до 26%. Смертность от болезней органов пищеварения, включая язвенную болезнь, в РФ в 2003 г. составила 183,4 на 100 тысяч населения.

Актуальность темы заключается в том, что многие люди не знают факторов риска язвенной болезни, не могут распознать у себя первые признаки заболевания, следовательно, не обращаются вовремя за медицинской помощью, не могут избежать осложнений, не имеют достаточных знаний и умений в оказании первой помощи, например, при желудочно-кишечном кровотечении.

Язвенная болезнь и ее осложнения - самое частое и распространенное заболевание, с которым сталкиваются в повседневной работеврачи и медицинские сестры лечебно-профилактических организаций.

Для повышения уровня обслуживания пациентов, улучшения качества жизни, лечебными учреждениями внедряется сестринский процесс в деятельность медицинских сестер.

Сестринский процесс, как универсальная технология сестринского дела, может быть использован медицинскими сестрами в своей деятельности для своевременного выявления и устранения фактического риска язвенной болезни и ее осложнений. Участие медицинской сестры в профилактике ЯБ и ее осложнений позволит снизить уровень заболеваемости и уменьшить количество осложнений, следовательно, и повысить качество жизни пациентов.

Объект исследования-профилактика обострений и осложнений язвенной болезни

Предмет исследования-роль медицинской сестры в профилактике обострений и осложнений язвенной болезни

Цель исследования - изучить роль медицинской сестры в профилактике обострений и осложнений язвенной болезни

Задачи исследования.

Изучить роль медицинской сестры в профилактике обострение и осложнений язвенной болезни.

Изучить: этиологию, классификацию, клиническую картину, диагностику, обострения и осложнения, особенности лечения, профилактику язвенной болезни и ее осложнений.

Изучить: факторы риска развития язвенной болезни и ее осложнений.

Выявить: влияние факторов риска на развитие язвенной болезни и ее осложнений

Разработать: рекомендации по профилактике обострений и осложнений язвенной болезни

Теоретическая база исследования

Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. «Гастроэнтерология. Национальное руководство». В данном издании содержатся современные актуальные сведения по диагностике и лечению синдромов и заболеваний язвенной болезни, обострений и осложнений.

Верткин А.Л. «Скорая помощь: руководство для фельдшеров и медсестер». Представлены современные технологии оказания неотложной помощи средним медицинским персоналом.

Метод исследования

• изучение и анализ научной литературы;

• изучение и обобщение отечественной и зарубежной практики;

• моделирование, сравнение, анализ, синтез, анкетирование

Практическая значимость исследования

На основе теоретических знаний и практических наблюдений обобщить и систематизировать действия медицинской сестры, направленные на улучшение качества жизни пациента, облегчение состояния пациента, предотвращение обострения заболевания и адаптацию человека в социуме после приобретения данного заболевания.

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь - хроническое, циклически протекающее заболевание желудка или двенадцатиперстной кишки с образованием в периоды обострения язв.

.1 Этиология. Факторы риска развития язвенной болезни и ее осложнений…Классификация язвенной болезни и ее осложнений

· наследственная склонность;

· врожденный дефицит альфа-трипсина;

· наличие 0(I) группы крови;

· генетически обусловленное увеличение количества обкладочных клеток и гиперпродукция соляной кислоты;

· нарушение режима питания;

· употребление алкоголя;

· действие лекарственных средств(салицилатов);

· инфицирование желудка хеликобактериями и кандидами;

· хроническое нарушение дуоденальной проходимости.

Классификация язвенной болезни и ее осложнений

. По локализации:

· язва желудка (язвенная болезнь);

· язва двенадцатиперстной кишки;

· гастроеюнальная язва.

. По фазе течения:

· обострение;

· неполная ремиссия (затухающие обострения);

· ремиссия.

. По морфологическому субстрату:

· язва острая;

· язва активная;

· язва рубцующаяся;

· хроническая язва;

· постязвенная деформация(рубец);

· дуоденит;

· дуодено-гастральный рефлюкс.

. По течению:

· латентное;

· легкое;

· средней степени тяжести;

· тяжелое.

. По осложнению:

· кровотечения;

· перфорация;

· пенетрация;

· стеноз привратника;

· малигнизация;

· реактивный гепатит;

· реактивный панкреатит.

.2 Клиническая картина язвенной болезни

Боль является основным симптомом заболевания. Локализуется боль в эпигастральной или пилородуоденальной области. Боль характеризуется периодичностью и ритмичностью (связь с приемом пищи). Она может возникать через 0,5 - 1 ч (ранние боли) или через 2 - 3 ч (поздние боли) после приема пищи.

Ранние боли более характерны для высоко расположенных язв (кардиальный, субкардиальный отделы).

Поздние и «голодные» боли более типичны для язв привратника и двенадцатиперстной кишки.

Некоторые пациенты не отмечают связи с приемом пищи, предъявляя жалобы на боль постоянного характера.

Боли при язвенной болезни характеризуются периодичностью, имеющей следующие особенности:

. Суточная периодичность - усиление болей во вторую половину дня.

. Сезонна периодичность - усиление болей в осенне-зимние и весенние месяцы.

. Периоды болей сменяются безболевыми периодами, продолжительность которых колеблется от нескольких месяцев до нескольких лет.

Изжога - наиболее ранний симптом язвенной болезни. Она предшествует или сочетается с болевым синдромом. Механизм изжоги связан с рефлюксом желудочного содержимого в пищевод из-за слабости кардипльного сфинктера.

Отрыжка, тошнота, рвота встречаются реже, чем боль или изжога. Отрыжка чаще наблюдается при субкардиальной локализации язвы. Рвота связана с болевым синдромом, она обычно возникает на высоте болевого синдрома и приносит пациенту облегчение.

При стенозе привратника рвотные массы содержат пищу, съеденную накануне, такая рвота часто бывает по утрам. Грозным синдромом является кровавая рвота. При субкардиальных язвах возможна упорная рвота, наступающая сразу после еды.

Запоры - частый спутник язвенной болезни. Они возникают вследствие спазма толстой кишки нервно-рефлекторного генеза (спастическая дискинезия).

Аппетит у пациента с язвенной болезнью при неосложненной форме заболевания обычно сохранен, иногда даже повышен. В период обострения и при сочетании с гастритом аппетит снижается.

.3 Клиническая картина обострений и осложнений язвенной болезни

Кровотечение. Симптомы зависят о 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.

Перфорация язвы. Наблюдается обычно у мужчин во время обострения болезни (чаще в осенне-весенний период). Встречается у 5-10 % пациентов. Перфорация может быть в свободную брюшную полость или в забрюшинную клетчатку, может быть прикрытой.

Чаще всего встречается перфорация в свободную полость. Развивается она обычно остро и характеризуется двумя основными симптомами: редчайшая «кинжальная» боль и «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки и последующим развитием других симптомов перитонита.

Постепенно нарастает метеоризм, задержка стула, газы не отходят, черты лица заостряются. Язык сухой. Пациенты лежат неподвижно на спине или на боку с приведёнными к животу ногами.

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 пенетрирут в малый сальник, в поджелудочную железу, печень, толстую кишку, брыжейку. Боли становятся упорными, постоянными. Пенетрация чаще возникает у мужчин, особенно у длительно болеющих.

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.

Малигнизация язвы (злокачественная трансформация). Чаще всего встречается в кардиальном и пилорическом отделе желудка. 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.

.4 Диагностика язвенной болезни и ее осложнений

Лабораторные методы исследования

Общий анализ крови: эритроцитоз при снижении СОЭ. После кровотечения наблюдается гипохромная постгеморрагическая анемия. При наличии пенетрации язвы возможен лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом.

Общий анализ мочи

Анализ кала на скрытую кровь

Исследование желудочной секреции (для выявления функциональных нарушений)

Выявление хеликобактерной инфекции (Нelicobacterpylori)

Методы исследования для обнаружения Нelicobacterpylori:

· Гистологическое исследование

· Бактериологическое исследование

· Уреазный тест с биоптатом слизистой оболочки

· Дыхательный тест

· Серологические исследования

Инструментальные методы исследования

УЗИ печени, желчных путей, поджелудочной железы.

ЭФГДС. Наблюдается язвенный дефект соответствующей локализации, дно язвы удерживает некротические массы и покрыто фибрином. Складки слизистой оболочки по краям язвы утолщены.

Рентгеноскопия желудка. Определяется ниша и конвергенция складок слизистой по направлению к нише.

Интрагастральная рН-метрия (выраженная гиперацидность в теле желудка (рН 0,6-1,5) с непрерывным кислотообразованием и декомпенсацией ощелачивания среды в антральном отделе (рН 0,9-2,5).

.5 Принципы лечения язвенной болезни и ее осложнений

Различают два вида лечения:

· Консервативное - проводят при неосложненной язвенной болезни.

· Хирургическое - при подозрении на кровотечение, пенетрацию, перфорацию, малигнизацию.

Консервативная терапия предусматривает:

· ограничение двигательной активности;

· назначение диеты, медикаментозное лечение антацидами, седативными средствами, бактериостатическими и препаратами, нормализующими желудочную секрецию.

. Лечебно-охранительный режим. В первые недели пребывания в стационаре постельный или полупостельный режим.

. Диетотерапия. Назначаются последовательно диетические столы № 1а, 1б. (Приложение А)

. Медикаментозное лечение.

Препараты висмута: Де-нол. (Обладает антихеликобактерной активностью).

Антибиотики: амоксициллин. (Как этиологическое лечение при НР инфекции).

Антациды: альмагель, фосфолюгель, маалокс. Назначают с целью защиты слизистой желудка от раздражающих факторов.

Цитопротекторы: сукральфат. Создает защитную пленку на слизистую оболочку желудка и ДПК, снижает активность пепсина.

Блокаторы Н2-рецепторов гистамина - снижают секрето- и кислотообразование, в особенности в ночное время: ранитидин.

1.6 Помощь при неотложных состояниях

Неотложная помощь при желудочном кровотечении

· Вызвать врача.

· Обеспечить полный покой больному, успокоить его.

· Уложить больного в положение с приподнятыми на 10-15º ногами.

· Запрещается прием пищи, воды, лекарства внутрь.

· На область желудка положить пузырь со льдом.

· Для остановки кровотечения вводят кровоостанавливающие средства (в/в 10 мл 10% р-ра кальция хлорида, 1 мл 1% р-равикасола в/м).

Неотложная помощь при перфорации язвы

· Полный физический и эмоциональный покой.

· Принять удобное для пациента позу (положение на боку с приведенными к животу ногами).

· Запрещается прием пищи, воды, лекарственных средств.

· Определение АД, Рs, оценивать внешний вид (снижение АД, учащение Рs, бледность, потливость, помутнение сознания - симптом развивающегося болевого шока). Обезболивание не проводится до осмотра хирургом.

· При снижении АД вести 2 мл кордиамина в/м или 1 мл 1% р-рамезатона.

1.7 Методы профилактики обострений и осложнений язвенной болезни

Профилактические мероприятия должны быть направлены не только на предупреждение заболевания, но и рецидивов и осложнений уже развившейся язвенной болезни.

Исходя из представлений о механизмах развития язвенной болезни, санитарно-просветительная работа среди населения должна проводиться в отношении соблюдения правильного режима труда, отдыха, питания. Должно быть подчеркнуто отрицательное влияние злоупотребления алкоголем и курением на функции органов пищеварения.

Важнейшим фактором профилактики язвенной болезни, ее рецидивов и осложнений является диспансеризация, в задачу которой должны входить своевременное выявление, раннее комплексное лечение и рациональное трудоустройство больных.

Первичная профилактика направлена на предупреждение заболевания. 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.

Вторичная профилактика предусматривает предупреждение обострений заболеваний. Для предупреждения обострений ЯБ и осложнений рекомендуется два типа профилактической терапии: непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе; профилактическая терапия «по требованию», предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения ЯБ, прием одного из антисекреторных препаратов в полной суточной дозе.

Важнейшим фактором профилактики язвенной болезни, ее рецидивов и осложнений является диспансеризация, в задачу которой должны входить своевременное выявление, раннее комплексное лечение и рациональное трудоустройство больных.

Диспансерному наблюдению подлежат больные не только с установленным диагнозом язвенной болезни, но и с симптомами «раздраженного» желудка.

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.

Важнейшим средством профилактики рецидивов и осложнений язвенной болезни является рациональное трудоустройство с учетом клинической картины болезни и условий профессиональной деятельности больного. При решении вопросов врачебно-трудовой экспертизы у больных язвенной болезнью предлагают в зависимости от степени тяжести заболевания различать легкие, средние и тяжелые формы. При легких неосложненных формах наблюдается временная потеря трудоспособности в период резких обострений в течение 2-3 недель. Клинические формы средней тяжести отличаются более выраженным болевым синдромом. В анамнезе иногда отмечаются массивные кровотечения. Обострения наблюдаются 1-2 раза в год. Нередко имеются сопутствующие холециститы, панкреатиты. Больные в период обострения нуждаются в стационарном лечении. Период временной нетрудоспособности длится 4-6 недель. При тяжелых формах наряду с выраженным болевым синдромом, рвотой, часто кровавой, наблюдаются истощение, длительное существование нерубцующейся язвы. Обострения наступают 3-4 раза в год и плохо поддаются стационарному лечению. Среди людей данной группы нередко ставится вопрос об их трудоустройстве либо об инвалидности.

Если решение вопроса о временной нетрудоспособности при язвенной болезни не представляет затруднений, то решения о необходимости трудоустройства или перевода на инвалидность являются более сложными и требуют в каждом конкретном случае наряду с обследованием больного тщательной оценки его профессиональной деятельности. При отсутствии убедительных доказательств значения профессиональных факторов в возникновении язвенной болезни является бесспорным влияние некоторых условий труда на течение язвенной болезни. К таким факторам относятся значительное нервно-психическое напряжение, сменная работа, длительные командировки, значительные физические напряжения, вынужденное положение тела во время работы, особенно связанное с вибрацией. В особо неблагоприятных условиях оказываются больные язвенной болезнью, работа которых протекает при сочетании нескольких из указанных факторов (например, водители транспорта).

.8 Участие медицинской сестры в профилактике обострений и осложнений язвенной болезни

Роль медицинской сестры заключается в оказании помощи конкретным людям, семьям и группам людей в определении и достижении ими физического, умственного и социального здоровья в условиях окружающей среды, в которой они живут и работают. Это требует от медицинских сестер определенных функций, способствующих укреплению и сохранению здоровья, а также профилактики его отклонений. В обязанности медицинской сестры входит планирование и осуществление ухода в период болезни и в период реабилитации, воздействуя не только на физические, но и на психологические и социальные аспекты жизни человека, составляющие его единое целое.

Медицинская сестра привлекает пациента, членов его семьи к самоуходу, помогая ему сохранить самостоятельность и независимость. Участие медицинской сестры в профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи, позволяет обеспечивать большую доступность медико-социальной помощи в пределах своей компетенции.

Язвенная болезнь - это хроническое заболевание, которое длится месяцами, годами то, затихая, то, вспыхивая вновь, вызывая тяжесть и даже опасные для жизни осложнения. Эта болезнь поражает людей в наиболее активном, творческом возрасте, часто обуславливая временную, а порой и стойкую нетрудоспособность. Поэтому, грамотная систематическая работа медицинских сестер - важное звено в профилактике и лечении язвенной болезни, обострений и ее осложнений.

Знание факторов риска язвенной болезни и ее осложнений позволяет проводить профилактику этого заболевания, сократить частоту обострений. У каждого человека свое представление о здоровье и болезни, и медицинская сестра должна быть готова взаимодействовать с любой личностью. Понимание пациентом всех факторов, влияющих на развитие заболевания, изменение его отношения к собственному здоровью может быть целью сестринского вмешательства в профилактике язвенной болезни и ее осложнений.

.9 Сестринский процесс при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Сестринский процесс - это научно-обоснованная технология сестринского ухода, направленная на повышение качества жизни пациента путем решения возникающих у него проблем.

Цель сестринского процесса:

Ш своевременно выявлять настоящие и потенциальные проблемы,

Ш удовлетворять нарушенные жизненно важные потребности пациента,

Ш оказывать психологическую поддержку пациенту.

Осуществляя сестринский процесс у пациентов с язвенной болезнью, медсестра совместно с пациентом составляет план сестринских вмешательств, для этого ей необходимо помнить следующее:

I этап: сестринское обследование (сбор информации)

Получить информацию о здоровье и определить конкретные потребности пациента в сестринском уходе, а также возможности оказания самопомощи. Источником информации является:

беседа с пациентом и его родственниками;

история болезни;

данные обследования.

Типичные жалобы пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки:

· боль в эпигастральной области;

· отрыжка;

· изжога;

· тошнота;

· рвота

· недомогание;

· непонимание необходимости соблюдения диеты;

· невозможность спать в необычной обстановке;

· волнение из-за предстоящих исследований;

· риск развития осложнений;

· отсутствие адаптации к своему заболеванию.

Далее необходимо расспросить пациента и его родственников о так называемых факторах риска:

· злоупотребление алкоголем;

· курение;

· неадекватное питание;

· нервно-эмоциональное напряжение;

· наследственная предрасположенность.

Продолжая беседу с пациентом, следует спросить о начале заболевания, его причинах, проводившихся методах обследования:

· ФГДС.

· Рентгенография.

Переходя к объективному обследованию пациентов с язвенной болезнью системы необходимо обратить внимание на:

· Потливость.

· Эмоциональное состояние.

· Положение в постели.

При сборе данных желательно ориентироваться на модель В. Хендерсон, так как она утверждает, «…что цель сестринского дела - помочь человеку в удовлетворении его личных (фундаментальных) потребностей».

У пациентов с язвенной болезнью могут быть нарушены следующие потребности:

· в питании (необходимо выяснить, какой у пациента аппетит, придерживается ли он диеты; требуется специалист-диетолог по поводу диетического питания);

· в физиологических отправлениях (регулярность стула);

· в сне и отдыхе (ночные боли);

· в труде и отдыхе.

Все результаты первичной сестринской оценки записываются медсестрой в «Лист сестринской оценки».

II этап: установление нарушенных потребностей пациента (сестринский диагноз)

Следующим этапом в деятельности медсестры является обобщение и анализ полученной информации, на основании которой она делает выводы. Последние становятся проблемами пациента и предметом сестринского ухода.

Таким образом, проблемы пациента возникают тогда, когда есть трудности в удовлетворении потребностей.

Осуществляя сестринский процесс, медсестра выявляет приоритетные проблемы пациента.

При язвенной болезни это:

· боли в эпигастральной области;

· отрыжка;

· тошнота и рвота;

· дефицит информации о правильном питании;

· неадекватное отношение к своему заболеванию.

Это перечень первичных проблем. Существуют и вторичные проблемы, которые не имеют прямого отношения к заболеванию, но они существуют. Например:

· курение;

· злоупотребление алкоголем.

Оценивая состояние пациента, и составляя план сестринского ухода, необходимо руководствоваться выбранной моделью сестринского дела, пожеланиями пациента и его семьи (какого результата хочет добиться пациент), а также возможностями медсестры и конкретного ЛПУ.

III этап: планирование сестринских вмешательств

Составляя совместно с пациентом и родственниками план ухода, медсестра должна уметь выявлять приоритетные проблемы в каждом отдельном случае, ставить конкретные цели и составляет реальный план ухода с мотивацией каждого своего шага:

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Обеспечить соблюдение предписанной врачом, диеты №1 и с обильным щелочным питьем | Для уменьшения поражения слизистой желудка и прохождения изжоги. |
| 2. Разъяснить правила приема лекарственных препаратов | Для активного участия пациента в процессе лечения |
| 3. Обеспечить доступ свежего воздуха путем проветривания палаты в течение 30 минут | Для обогащения воздуха кислородом |
| 4. Провести беседы с родственниками об обеспечении питания с высоким содержанием белка, витаминов и микроэлементов | Для повышения защитных сил организма |
| 5. Вести наблюдение за внешним видом и состоянием (АД, ЧДД, пульс) | Контроль состояния |
| 6. Своевременно и правильно выполнять назначения врача | Для эффективного лечения |
| 7. Проводить беседы о вреде курения, о вреде алкоголя |  |

IV этап: реализация сестринских вмешательств

Сестринские вмешательства:

- зависимые (выполняются по назначению врача): обеспечение приема лекарственных препаратов, выполнение манипуляций и т.п.;

- независимые (выполняются медсестрой без разрешения врача): измерение АД, пульса, ЧДД, организация досуга пациента и другие;

- взаимозависимые (выполняются медицинской бригадой): обеспечение консультации аллерголога, обеспечение проведений исследований, рекомендации по диете.

V этап: оценка эффективности сестринских вмешательств

Медсестра оценивает результат сестринских вмешательств, реакцию пациента на меры оказания помощи, ухода. Если поставленные цели не достигнуты, медсестра корректирует план сестринских вмешательств: возможно запланированы не все вмешательства, которые помогли бы достичь цели, либо неправильно определена приоритетная проблема.

2. Практическая часть

.1 Анкетирование

Для достижения целей дипломной работы, мною была составлена анкета-опросник (приложение Б). Было проведено анкетирование 10 пациентов ГКБ № 52 ДЗМв возрасте от 25 до 65 лет. Из них 6 человек составляют мужчины, 4 человека - женщины. При анкетировании учитывались такие показатели, как возраст и пол больного, язвенный анамнез, локализация язвы, наличие обострений и осложнений.

На лечении находилось 2 пациента возрастом 25-35 лет, 4 больных - возрастом 36-45 лет, 2 больных 46-60 лет и 2 больных возрастом более 61 года.

В ходе исследования все пациенты были разделены на следующие группы: в первую группу вошли 2 человека с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией, во вторую группу вошли 3 человека с язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением, в третью 2 человека с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки неосложненного течения и в четвертую 3 человека с язвенной болезнью желудка неосложненного течения (рисунок 1).



Рисунок 1. Распределение пациентов по группам

Проводя анализ анкеты, можно выделить жалобы, анамнез больного, а также дифференцировать вид диспепсии. Под диспепсией понимают хроническую или рецидивирующую боль и/или дискомфорт в эпигастральной области, систематически беспокоящий пациента.

В результате анкетирования изучила интенсивность курения табака и употребления алкоголя.

У 3 человек опрошенных, женщины 35 - 40 лет, язвенный анамнез отсутствовал. Они никогда не обращались к врачу при незначительной боли в области эпигастрия. Вредные привычки отсутствуют. Боль связывают, в основном, с нарушением питания, так как на работе нет столовой. Клинический диагноз - язвенная болезнь желудка неосложненного течения.

У 3 человек опрошенных, женщина и 2 мужчин, в возрасте 35-45 лет, в анамнезе присутствовал хронический гастрит. Все курили и продолжают курить, алкоголь принимают. Диету, прописанную врачом не соблюдали. На данный момент клинический диагноз - язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. Болевой синдром отсутствовал.

У 2-х пациентов в возрасте 47-61 года язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки неосложненного течения. Ведущим симптомом является боль, характеризуется периодичностью, нарастающим характером, тесной связью с приемом пищи. Боль на время исчезала или уменьшалась после рвоты, приема пищи, применения тепла и лекарственных средств. У данных пациентов у близких родственников выявлялось данное заболевание, избыточное потребление острой, грубой, раздражающей пищи, нерациональное питание.

У 2-х опрошенных в возрасте 25-27 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией (рисунок 2). Боль возникла остро, характер боли - «кинжальная», «доскообразное напряжение» мышц передней брюшной стенки. Так же постепенно больные заметили нарастание метеоризма, при этом газы не отходили. Отмечалось повышение температуры тела. Данные пациенты курят, в основном натощак, злоупотребляют алкоголем, энергетическими напитками, питание нерациональное.

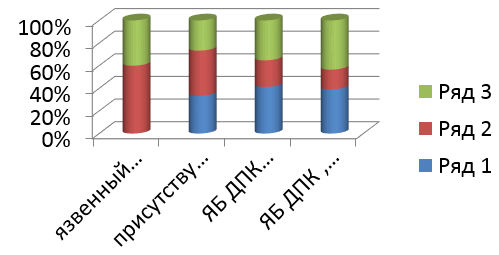


Рисунок 2 Выявление заболеваний в группах

.2 Выводы

1. Анализ анкетирования пациентов показал влияние вредных привычек, неправильного питания, стрессовых состояний на рост заболеваемости язвенной болезни с осложненным и неосложненным течением.

2. Представленные в данной работе статистические данные могут судить о тенденции к улучшению качества жизни пациентов с язвенной болезнью.

. Для успешной профилактики осложнений при язвенной болезни следует предупреждать факторы риска, наиболее значимыми из которых являются курение и злоупотребление алкоголем, нерациональное питание.

. Рекомендации медицинской сестры по изменению образа жизни пациентов с язвенной болезнью (Приложение В) в рамках её компетенции оказывают им существенную помощь и позволяют значительно снизить влияние того или иного фактора риска развития заболевания.

Заключение

Данная работа была посвящена изучению роли медицинской сестры в профилактике обострений и осложнений язвенной болезни.

Актуальность работы обусловлена широким распространением данного заболевания среди различных социальных групп населения, а также высоким риском развития обострений с осложненным и неосложненным течением.

В работе рассмотрены этиология, классификация, факторы риска, клиническая картина, обострения и осложнения, диагностика язвенной болезни, а также меры профилактики.

Продемонстрировано использование всех этапов сестринского процесса, целью которого при язвенной болезни является его влияние на качество жизни пациентов, в восстановлении нарушенных потребностей у больных язвенной болезнью.

В ходе решения первой задачи исследования выяснилось, что с момента установления диагноза медсестре необходимо дать больному подробную информацию о сути заболевания, его причинах, осложнениях, факторах риска, механизмах действия основных лекарственных препаратов, а также осветить меры профилактики.

В ходе решения второй задачи исследования было показано, что медицинская сестра рассказывает пациентам о факторах риска, образе жизни. При этом роль медицинской сестры заключается не только в информировании пациентов о заболевании и выработке методов преодоления проблем пациентов, но и в повышении уровня их мотивации и ответственности.

Представленные в данной работе статистические данные позволяют судить об отсутствии знаний у пациентов мер профилактики с язвенной болезнью.

В результате информированности, у пациентов должен снизиться процент заболеваемости и осложнений благодаря уменьшению действия факторов риска (табакокурения, потребления алкоголя, неправильного питания). В процессе обучения у пациентов повысились знания по вопросам своего заболевания.

Разработанные в результате исследования рекомендации медицинской сестры по изменению образа жизни пациентов с язвенной болезнью в рамках её компетенции оказывают им существенную помощь и позволяют значительно снизить влияние того или иного фактора риска развития заболевания.

Проанализировав наблюдения из практики, я пришла к выводу, что все поставленные на дипломную работу задачи решены, цель работы достигнута.

Список литературы

1. Верткин А.Л. «Скорая помощь: руководство для фельдшеров и медсестер», 2010 г. - 528с.

. Зайцев О.В., Натальский А.А. Современные тенденции заболеваемости осложненной язвенной болезнью // Фундаментальные исследования. - 2011. - № 9 (часть 3). - С. 400-403

. Ивашкин В.Т., Лапина Т.Л. «Гастроэнтерология. Национальное руководство», 2010 г.

. Смолева Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи /Э.В. Смолева, Е.Л. Аподиакос. - Изд.10-е, доп. - Ростов н/Д: Феникс, 2012. - 652с.

. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. - М.: Медицина, 2010.

9. Язвенная болезнь /О.Н. Минушкин, И.В. Зверков, Г.А. Елизаветина, Л.В. Масловский. - М.,2 011. 10. Руководство по гастроэнтерологии: В трех томах / Под общей редакцией Ф.И. Комарова и А.Л. Гребенева. Т. 1. Болезни пищевода и желудка /Ф.И. Комаров, А.Л. Гребенев, А.А. Шептулин и др.: Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева, А.А. Шептулина. - М.: Медицина, 1999.

Приложение 1

Диетический стол 1

Показания к применению:

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии затихающего обострения и ремиссии, хронический гастрит с сохраненной и повышенной секрецией в стадии затихающего обострения, острый гастрит в стадии затихания.

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| Разрешается | Запрещается |
| некрепкий чай или какао хлеб белый вчерашний, сухари белые, несдобное печенье; молоко, сливки, свежие некислые сметана; яйца (всмятку или в виде паровых омлетов; супы, протертые из круп и супы-пюре из отварных овощей картофель, цветная капуста, свекла, морковь, молодая тыква и кабачки в отварном измельченном виде (пюре, пудинги), а также зеленый горошек в небольшом количестве; сладкие зрелые фрукты и ягоды, манная, гречневая, овсяная, рисовая крупы Вермишель или мелкие макароны; | мясные и рыбные отвары и бульоны, а также крепкие овощные; грибы; жирные сорта мяса и рыбы; соленья, копчености, маринады, мясные и рыбные консервы; сдобное тесто, пироги, черный хлеб; сырые непротертые овощи и фрукты; мороженое, шоколад; квас, черный кофе, газированные напитки; все соусы, кроме молочного; из овощей - белокочанная капуста, репа, редька, щавель, шпинат, лук, огурцы, овощные консервы. |

Диетический стол 1а

Общая характеристика диеты: физиологическое содержание белков и жиров, ограничение углеводов, резкое ограничение химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ.

Энергетическая ценность: 1800 ккал.

Состав: белков 80 г, жиров 80 г, (из них 15-20 г - растительных), углеводов 200 г, свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли 6-8 г.

Масса суточного рациона - 2-2,5 кг.

Температура пищи: горячих блюд - 57-62 °С, холодных - не ниже 15 °С.

Технология приготовления пищи: блюда жидкие или кашеобразные из отварных, паровых или протертых продуктов.

Режим питания: 6-7 раз в сутки.

Диетический стол 1б

Энергетическая ценность: 2600 ккал.

Состав: белков 90 г, жиров 90 г (из них 25 г - растительных), углеводов 300 г, свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли 6-8 г.

Масса суточного рациона 2,5-3 кг.

Температура пищи: горячих блюд - 57-62 °С, холодных - не ниже 15 °С.

Технология приготовления пищи: блюда жидкие или кашеобразные из отварных или паровых продуктов.

Режим питания: 5-6 раз в сутки.

Приложение Б

Анкета - опросник для пациента с язвенной болезнью

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол пациента\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Ваш образ жизни, занятия?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Курите ли Вы? Да/Нет?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.Злоупотребляете ли вы алкоголем? Да/Нет?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Когда появляются боли (сразу после еды, голодные или ночные боли, через 2-2,5 часа после еды)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. В какое время года происходят обострения?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Бывает ли у Вас рвота, если «да», то как часто? Приносит ли рвота облегчение?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Бывают ли у Вас запоры?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Какой у Вас аппетит(хороший, средний, плохой)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Какая у Вас масса тела (избыточная, в норме, недостаток)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Соблюдаете ли Вы диету, описанную врачом?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Какие другие влияния или обстоятельства усиливают или ослабляют болезнь?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Знаете ли Вы о своем заболевании?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Обращались ли Вы к врачу раньше?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Беспокоитесь ли Вы о своем здоровье?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Соблюдаете ли Вы диету, предписанную врачом?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Знаете ли Вы, какие осложнения могут возникать при язвенной болезни? Были ли у Вас жалобы на кровотечение?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Была ли у Вас язвенная болезнь, осложненная перфорацией?\_\_\_\_\_\_

. Состоите ли Вы на учете по своему заболеванию?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

. Какие меры профилактики данного заболевания Вы знаете?\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

Рекомендации пациенту по профилактике обострений и осложнений язвенной болезни

Уважаемый пациент!

1. В период обострения Вы должны соблюдать постельный режим (можно ходить в туалет, умываться, присаживаться к столу для еды) в течение 2-3 недель. При благополучном течении заболевания режим постепенно расширяется, однако сохраняется обязательное ограничение физических и эмоциональных нагрузок.

. Необходимо следить за общим состоянием: за цветом кожных покровов, пульсом, артериальным давлением, стулом.

. Необходимо соблюдение диеты. В период обострения показаны диеты № 1А и 1Б по Певзнеру. Пища должна быть механически, химически и термически щадящей. Питание должно быть дробным, частым (6 раз в день), пищу следует тщательно пережевывать. Все блюда готовят протертыми, на воде или на пару, жидкой или кашицеобразной консистенции. Интервалы между приемами пищи должны быть не более 4 часов, за час до сна допускается легкий ужин. Необходимо избегать приема веществ, усиливающих секрецию желудочного и кишечного соков (концентрированных мясных бульонов, солений, копченостей, рыбных и овощных консервов, крепкого кофе). Пищевой рацион должен содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов.

. Необходим контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов.

. Необходимо избегать психологических нагрузок. Вы не должны волноваться и раздражаться. При повышенной возбудимости по назначению врача можете принять успокаивающие лекарственные средства.

. Необходимо создать условия для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.

. Необходимо прекращение курения и употребления спиртных напитков.

. Если нет кровотечения и подозрения на перерождение язвы, по назначению врача, проводят физиотерапевтические процедуры (парафиновые аппликации, коротковолновую диатермию на эпигастральную область).

. После выписки из стационара Вам показано проведение курортного лечения в специализированном санатории.

. Необходимо организовать диспансерное наблюдение; частота осмотров - 2 раза в год.

. Для предупреждения рецидивов заболевания необходимо проведение специальных противорецидивных курсов лечения дважды в год в течение 12 дней (весной, осенью).

. Правильная организация труда и отдыха.

. Профилактическое лечение в течение 3-5 лет.

Язвенная болезнь излечима, осложнений ее может не быть, и это в руках пациента и его близких. Надо всегда помнить, что слово родственников и их поведение повышает для Вас авторитет врачебных рекомендаций, их убедительность.

Приложение 3

медицинский сестра язвенный болезнь

Памятка - рекомендации пациенту с язвенной болезнью. Принципы правильного питания

Принимать пищу не менее 4 раз в сутки, малыми порциями в теплом виде.

Таблица 3

|  |  |
| --- | --- |
| Рекомендуется | Не рекомендуется |
| Отварные или приготовленные на пару мясо и рыба нежирных сортов Салаты, заправленные растительным маслом (подсолнечным, оливковым, соевым) Вчерашний или слегка подсушенный хлеб Вареные овощи Молочные продукты Натуральные фруктово- ягодные соки Отвар шиповника Чай с молоком Минеральная вода без газа | Крепкие мясные и рыбные бульоны Жирные сорта мяса (особенно баранина и свинина) Жареные блюда Любые копчености Колбасы Грибы Консервы Маринады Свежий хлеб, сдоба, блины (трудно перевариваются) Приправы и пряности: чеснок перец тмин лук лавровый лист хрен горчица уксус Крепкий чай Кофе Газированные воды Алкогольные напитки |

Примерное меню диеты:

Протертый вариант

-й завтрак: яйцо в всмятку, каша рисовая молочная протертая, чай с молоком. 2-й завтрак: яблоко печеное с сахаром.

Обед: суп овсяный молочный протертый, фрикадельки мясные паровые с морковным пюре, мусс фруктовый.

Полдник: отвар шиповника, сухарики.

Ужин: рыба отварная, запеченная под молочным соусом, картофельное пюре, чай с молоком.

На ночь: молоко.

Не протертый вариант:

-й завтрак: яйцо всмятку, каша гречневая рассыпчатая, чай с молоком.

-й завтрак: творог свежий некислый, отвар шиповника.

Обед: суп картофельный вегетарианский, мясо отварное, морковь отварная, компот из разваренных сухофруктов.

Полдник: отвар пшеничных отрубей с сахаром и сухарики.

Ужин: рыба отварная, запеченная под молочным соусом, рулет морковно-яблочный, чай с молоком.

На ночь: молоко.