Министерство здравоохранения Свердловской области

Алапаевский филиал Государственного бюджета

Образовательного учреждения Свердловской области

«Свердловская область медицинский колледж»

Отделение «Сестринское дело»

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Курсовая работа

Выполнила:

Ялманович Сенада

Студентка 491 «м» группы

Руководитель:

Баланюк

Галина Николаевна,

Преподаватель 1 категории

Алапаевск, 2014

Содержание

Введение

1. Теоретическая часть.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

.1 Этиология и патогенез язвенной болезни

.2 Клинические проявления и диагностика

.3 Осложнения язвенной болезни, особенности лечения

2. Практическая часть.

Роль медицинской сестры в реабилитации и профилактике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

.1 Сестринский процесс при ведении пациента с язвенной болезнью

.2 Реабилитация: физиотерапия, диетотерапия. Профилактика

Выводы

Список литературы

Приложение

Введение

На сегодняшний день разные факторы воздействия способствуют на человека: окружающая среда, курение, алкоголь, неправильное питание. За последние десятилетия рацион человека изменился так существенно, как, пожалуй, никогда не менялся прежде. Многообразие фаст-фудов, продуктов быстрого приготовления, пищевых добавок, наполнителей, ароматизаторов и стабилизаторов - ко всему этому приходится адаптироваться пищеварительной системе человека. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости населения, среди которых широкое распространение получила язвенная болезнь желудка.

В настоящее время язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из распространённых заболеваний для всех возрастов. По статистике гастродуоденальными язвами страдает 10-12% (до 15%) взрослого населения, преобладающий возраст - 20-50 лет. Соотношение мужчин и женщин составляет 4 к 1 (особенно язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки).

Высокая заболеваемость, частые рецидивы, длительная нетрудоспособность больных, вследствие этого значительные экономические потери - все это позволяет отнести проблему язвенной болезни к числу наиболее актуальных в современной медицине. Актуальность этой проблемы язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки определяется тем, что она является основной причиной инвалидности, 68% мужчин и 30% у женщин. Ни смотря на успехи в диагностики и лечении, это заболевание продолжает поражать молодое население не обнаруживая снижения показателя заболевания. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки влечет за собой ряд осложнений таких как: кровотечение из язвы, перидуоденит и мн.др.

Подробное раскрытие материала по теме курсовой работы позволит мне более детально изучить этиологию, клиническую картину заболевания, методы обследования, возможные проблемы пациентов и особенности ухода за данными пациентами с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.

1. Теоретическая часть. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

.1 Этиология и патогенез

Термин «Язвенная болезнь» использовался 200 лет, но упразднен. Вместо него используется термин «Язва желудка и 12-перстной кишки»

Язвенная болезнь это хроническое рецидивирующее циклически протекающее заболевание желудка или двенадцатиперстной кишки, при котором на основе секреторно-трофических нарушений в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны в периоды обострения образуется язва.

Впервые выделил это заболевание в самостоятельную форму французский ученый Жак Крювелье, поэтому в Европе это заболевание называется «Болезнь Крювелье». Клиническую картину впервые описал Федор Удден (Петербург).

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является важной проблемой современной медицины. Этим заболеванием страдают приблизительно 10% населения земного шара. По статистике гастродуоденальными язвами страдает 10-12% (до 15%) взрослого населения, преобладающий возраст - 20-50 лет. Соотношение мужчин и женщин составляет 4 к 1 (особенно язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки).

Заболевание возникает в результате нарушения регуляции секреторных и моторных процессов, а также нарушения защитных механизмов слизистой оболочки этих органов.

Надо отметить, что за последние пять лет уровень заболеваемости язвенной болезнью существенно не изменился. 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%.

Актуальность проблемы язвенной болезни определяется тем, что она является основной причиной инвалидности 68% мужчин, 30,9% женщин от числа всех страдающих заболеваниями органов пищеварения. Несмотря на успехи в диагностике, и лечении язвенной болезни, это заболевание продолжает поражать всё более молодое население, не обнаруживая тенденций к стабилизации или снижению показателей заболеваемости.

Этиология и патогенез

На протяжении последних десятилетий мы можем наблюдать коренные изменения точки зрения на этиологию и патогенез язвенной болезни. На смену парадигме «нет кислоты, нет язвы» пришло убеждение «нет Helicobacter pylori (HP) - нет язвы». С инфекцией HP связывают развитие и рецидивирование язвенной болезни в более чем 90% случаев, а хронического гастрита в 75-85% случаев. Так по данным (Borody, TJ, George, LL, Brandl, S, 1991 г.) 95% дуоденальной язвы в Соединенных Штатах, Европе и Австралии связаны с HP. Несмотря на очевидный максимализм такой точки зрения, все же следует считать доказанным, что абсолютное большинство случаев язвенной болезни хеликобактер-ассоциированные. Вместе с тем, бесспорно, что ульцерогенность HP зависит от значительного количества эндогенных и экзогенных факторов риска. Учитывая высокий уровень инфицированности отдельных популяций HP, следовало бы ждать значительно более высоких показателей заболеваемости язвенной болезни.

Таким образом, язвенная болезнь полиэтиологическое, генетически и патогенетически неоднородное заболевание. Среди неблагоприятных факторов, которые повышают риск развития язвенной болезни важное место занимает наследственность. Вероятно, наследуется не само заболевание, а только склонность к нему. Без определенной наследственной склонности тяжело представить возникновение язвенной болезни. Причем следует отметить, что юным пациентам с отягощенной наследственностью присущ так называемый синдром опережения: то есть они, как правило, начинают болеть язвенной болезни раньше, чем их родители и близкие родственники.

Генетические факторы, которые способствую возникновению язвенной болезни: высокий уровень максимальной секреции соляной кислоты; гастродуоденальная дисмоторика - продолжительная задержка пищи в желудке; повышение образования пепсиногена; врожденный дефицит антитрипсина.

Реализуется наследственная склонность при неблагоприятных влияниях: психоэмоциональных стрессах, грубых погрешностях в питании, вредных привычках (курении, злоупотреблении алкоголем, избыточном употреблении кофе). Важную роль в реализации наследственной склонности к язвенной болезни отводят нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС).

Инфицирование хеликобактериями. В настоящее время этот фактор большинством гастроэнтерологов признается ведущим в развитии язвенной болезни. Инфекция хеликобактерий - одна из самых распространенных инфекций. Этот микроорганизм является причиной хронического хеликобактерного гастрита, а также ведущим фактором патогенеза язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, лимфомы желудка низкой степени злокачественности и рака желудка. Хеликобактерии считаются канцерогенами первого класса. Возникновение язв 12-перстной кишки почти в 100% случаев связано с инфицированием и колонизацией хеликобактерий, а язвы желудка обусловлены этим микроорганизмом в 80-90% случаев.

Острые и хронические психоэмоциональные стрессовые ситуации.

Отечественные патофизиологи издавна уделяли большое внимание этому этиологическому фактору в развитии язвенной болезни. С уточнением роли хеликобактерий нервно-психическим стрессовым ситуациям стали придавать значительно меньшее значение, а некоторые ученые стали считать, что язвенная болезнь вообще не связана с этим фактором. Однако клиническая практика знает немало примеров ведущей роли нервных потрясений, психоэмоциональных стрессов в развитии язвенной болезни и ее обострений. Теоретическое и экспериментальное обоснование огромного значения нервно-психического фактора в развитии язвенной болезни сделано в фундаментальных работах Г. Селье об общем адаптационном синдроме и влиянии «стресса» на организм человека.

Алиментарный фактор. В настоящее время считается, что роль алиментарного фактора в развитии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки не только не является определяющей, но и строго не доказана вообще. Однако предполагается, что раздражающая, очень острая, пряная, грубая, слишком горячая или холодная пища вызывает чрезмерную желудочную секрецию, в том числе и избыточное образование соляной кислоты. Это может способствовать реализации ульцерогенного действия других этиологических факторов.

Злоупотребление алкоголем и кофе, курение. Роль алкоголя и курения в развитии язвенной болезни окончательно не доказана. Ведущая роль этих факторов проблематична, хотя бы потому, что язвенная болезнь очень часто встречается и среди лиц, которые не употребляют алкоголь и не курят и, наоборот, далеко не всегда развивается у тех, кто страдает этими вредными привычками.

Однако совершенно определенно установлено, что у курящих язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки встречается в 2 раза чаще по сравнению с некурящими. Никотин вызывает сужение сосудов желудка и ишемию слизистой оболочки желудка, усиливает его секреторную способность, вызывает гиперсекрецию соляной кислоты, способствует повышению концентрации пепсиногена-I, ускорению эвакуации пищи из желудка, снижает давление в пилорическом отделе и создает условия для формирования гастродуоденального рефлюкса. Наряду с этим никотин ингибирует образование основных факторов защиты слизистой оболочки желудка - желудочной слизи и простагландинов, а также снижает секрецию бикарбонатов поджелудочной железы.

Алкоголь также стимулирует секрецию соляной кислоты и нарушает образование защитной желудочной слизи, значительно снижает резистентность слизистой оболочки желудка и вызывает развитие хронического гастрита.

Чрезмерное употребление кофе оказывает неблагоприятное влияние на желудок, что связано с тем, что кофеин стимулирует секрецию соляной кислоты и способствует развитию ишемии слизистой оболочки желудка.

Злоупотребление алкоголем, кофе и курение, возможно, не являются первопричинами факторами развития язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, но несомненно предрасполагают к ее развитию и вызывают обострение заболевания (особенно алкогольные эксцессы).

От язвенной болезни следует отличать симптоматические язвы (СЯ).

· Стрессовые СЯ при физических и психических травмах, ожогах, обморожениях, черепно-мозговых травмах - язвы Кушинга (Cushing ulcers), при ожогах - язвы Курлинга (Curling ulcers), шока. Для таких симптоматических язв характерна перфорация, кровотечения без боли.

· Медикаментозные язвы СЯ - осложнение терапии НПВС, кортикостероидами, цитостатиками, резерпином.

· Гепатогенные СЯ при циррозе печени, хроническом гепатите при нарушениях кровотока в воротной вене.

· Эндокринные СЯ при гиперпаратиреозе (наблюдаются в 10%).

Классификация

В отечественной практике наиболее часто применяется следующая классификация язвенной болезни:

. Клинико-эндоскопическая стадия: острая язва; начало эпителизации; заживление язвенного дефекта слизистой оболочки при имеющемся гастродуодените; клинико-эндоскопическая ремиссия.

. Фазы: обострение; неполная клиническая ремиссия; клиническая ремиссия.

. Локализация: желудок; двенадцатиперстная кишка (луковица; луковичный отдел); двойная локализация.

. Форма: без осложнений; с осложнениями (кровотечение, пенетрация, перфорация, стеноз пилоруса, перивисцерит).

. Функциональная характеристика: кислотность желудочного содержимого и моторика (повышенные, сниженные, в норме).

6. Этиологическая характеристика: Helicobacter pylori ассоциированная; Helicobacter pylori неассоциированная.

Заболевания, способствующие развитию язвенной болезни.

Развитию язвенной болезни способствуют следующие заболевания:

хронический обструктивный бронхит, бронхиальная астма, эмфизема легких (при этих заболеваниях развивается дыхательная недостаточность, гипоксемия, ишемия слизистой оболочки желудка и снижение активности его защитных факторов);

заболевания сердечно - сосудистой системы, сопровождающиеся развитием гипоксемии и ишемии органов и тканей, в том числе желудка;

цирроз печени;

заболевания поджелудочной железы.

1.2 Клинические проявления и диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

язвенный болезнь медицинский сестра

Клинические проявления язвенной болезни зависят от возраста больного, локализации язвы, стадии болезни, индивидуальных и половых особенностей ребенка. Следует отметить, что некоторые классические проявления язвенной болезни, которые встречаются в терапевтической практике, педиатрам почти не встречаются. Вообще, чем меньше возраст ребенка, тем атипичнее протекает язвенная болезнь. Клинические проявления язвенной болезни могут быть условно разделены на клинические синдромы (Ю.В. Белоусов): Болевой синдром, диспептический синдром и синдром неспецифической интоксикации.

Болевой и диспептический синдромы имеют сезонный характер (усиливаются осенью и весной).

Основным клиническим признаком является боль, чаще в верхней части живота, боль часто отдает в спину, иногда за грудину.

При язве двенадцатиперстной кишки боли возникают натощак ("ранние", или "голодные", боли), проходят после приема пищи или щелочей, а затем возникают спустя 3-4 ч после приема пищи, причем повторный прием пищи снимает боли. Возможны "ночные" боли, а также исчезающие после приема пищи или щелочных препаратов (иногда достаточно нескольких глотков молока).

При язве желудка характерны «ранние» боли возникающие через 20-30 мин после приема пищи.

Боли, особенно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, имеют сезонность: их появление или усиление отмечается в определенное время года (чаще всего весной или осенью).

Одним из первых симптомов заболевания является изжога. После еды возникает отрыжка кислым.

При язвенной болезни иногда возникает тошнота, дискомфорт после приема пищи, тяжесть, рвотные позывы, отсутствие чувства голода, потеря массы тела, изжога уменьшается или исчезает после приема пищи,.

Возможна рвота, которая возникает на высоте болей и приносит облегчение. Рвота может возникать и на "голодный" желудок, а также непосредственно во время приема пищи.

Во время обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки могут возникать запоры. Этот симптом реже встречается при язвенной болезни желудка. Аппетит у больных, как правило, не нарушен.

Из общих жалоб можно отметит:

· повышенную раздражительность;

· потливость.

При непосредственном обследовании больного в период ремиссии никаких патологических симптомов не отмечается. В период обострения при пальпации живота выявляются болезненные точки, локализация которых достаточно характерна. При поколачивании кончиком пальца в этих точках наряду с усилением болезненности отмечается ограниченное напряжение мышц передней брюшной стенки.

Язвенная болезнь протекает хронически. Волнообразность течения со "светлыми" промежутками и периодами обострения в осеннее-весенее время особенно характерна для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Обострению способствуют курение, нервно-психические перенапряжения, злоупотреблением алкоголем.

Клинические обострения обычно продолжается в течении - 24 недель, рубцевание язвенного дефекта наступает позднее (через 6 - 8 нед).

При длительном течении язвенной болезни язва в 1/3 случаев приобретает характер каллезной. Каллезная язва характеризуется упорными болями, плохо поддается консервативному лечению, часты обострения.

С началом эпителизации язвенного дефекта, как правило, уменьшается интенсивность болей, которые приобретают мало интенсивный ноющий характер, исчезает иррадиация болей. Постепенно исчезает рвота и уменьшается интенсивность изжоги, хотя на протяжении длительного времени сохраняются поздние боли. При поверхностной пальпации значительно уменьшается или исчезает болезненность, хотя может сохраняться локальное напряжение мышц. В стадии заживления и в период ремиссии язвы пациент перестает жаловаться на боли в животе, но еще отмечается умеренная болезненность в гастродуоденальной зоне при глубокой пальпации.

Ни в коем случае не надо забывать, о том, что часто отсутствует соответствие между субъективным улучшением самочувствия больного, клинической и эндоскопической картиной. Следует подчеркнуть, что отсутствие болевого или диспептического синдрома не свидетельствует о заживлении язвы - обязательно нужен эндоскопический контроль!!!

В диагностике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки большое значение имеет исследование желудочного сока. Особенно показательно повышение кислотности желудочного сока, которое чаще встречается при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. При язвенной болезни желудка показатели кислотности желудочного сока могут соответствовать норме и даже быть ниже.

Очень важно исследовать кал на скрытую кровь. Наличие длительной стойкости положительной реакции, несмотря на проводимое лечение, заставляет заподозрить рак желудка.

Наиболее достоверны в распознавании язвенной болезни рентгенологическое исследование и гастродуаденоскопия, гистологическое исследование кусочков, полученных при гастробиопсии из различных отделов желудка, позволяет устранить начинающуюся малигнилизацию.

Исследование периферической крови позволяет выявить анемию (снижение гемоглобина и количества эритроцитов). Боли после кровотечения обычно исчезают и при пальпации живота болезненности так же не отмечается.

1.3 Осложнения язвенной болезни, особенности лечения

Осложнения

Язвенная болезнь протекает хронически. Волнообразность течения со "светлыми" промежутками и периодами обострения в осеннее-весенее время особенно характерна для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Обострению способствуют курение, нервно-психические перенапряжения, злоупотреблением алкоголем.

Клинические обострения обычно продолжается в течении - 24 недель, рубцевание язвенного дефекта наступает позднее (через 6 - 8 нед).

При длительном течении язвенной болезни язва в 1/3 случаев приобретает характер каллезной.

Каллезная язва характеризуется упорными болями, плохо поддается консервативному лечению, часты обострения.

Из осложнений чаще встречается язвенное кровотечение, сопровождающееся рвотой «кофейной гущей» (если кровотечение обильное, то в рвотных массах появляются малоизмененная кровь), черный дегтеобразный стул (мелена).

Кровотечение сопровождается:

· снижением артериального давления;

· резкой слабостью;

· головокружением;

· пульс частый, малый.

Исследование периферической крови позволяет выявить анемию (снижение гемоглобина и количества эритроцитов). Боли после кровотечения обычно исчезают и при пальпации живота болезненности так же не отмечается.

Перфорация (прободение) наблюдается обычно у мужчин во время обострения болезни (чаще в весенне-осенний период).

Характерно возникновение очень сильной боли в верхней половине живота, затем развивается симптом «мышечной защиты» - живот становится втянутым и твердым. остояние больного прогрессивно ухудшается: живот вздут, резко болезнен, лицо бледное, с заостренными чертами, язык сухой, пульс нитевидный. Больного беспокоят сильная жажда, икота, рвота, газы не отходят. Это клиническая картина развивающегося перитонита.

Рубцовое сужение привратника - следствие рубцевания язвы, располагающегося в пилорическом отделе желудка. В результате стеноза создается препятствие для прохождения пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку. Вначале мощная перистальтика гипертрофированной мускулатуры желудка обеспечивает своевременное прохождение пищи, но затем пища начинает задерживаться в желудке (декомпенсация стеноза). У больных появляются отрыжка тухлым, рвота пищей, съеденной накануне. При пальпации живота определяется «шум плеска». Живот вздут, в подложечной области сильная перистальтика. При рентгенологическом исследовании бариевая масса быстро опускается на дно желудка, и длительное время остается в нем. Стеноз привратника характеризуется ощущением тяжести, переполнения желудка после еды; рвотой съеденной накануне пищей, тухлым содержимом; похудание; шум «плеска» в желудке.

Раковое перерождение язвы чаще всего отмечается при локализации ее в кардиальном и пилорическом отделах желудка (язва двенадцатиперстной кишки никогда не подвергается перерождению). При раковом перерождении боли теряют периодичность, становятся постоянными. Снижается кислотность желудочного сока, реакция кала на скрытую кровь постоянно положительная. У больных снижаются аппетит, масса тела, повышается СОЭ. Диагноз уточняется при рентгенологическом и особенно гастроскопическом исследовании. Иногда решающими являются данные гистологического исследования, исследование кусочка слизистой оболочки, взятого с края язвы ( обнаруживаются раковые клетки).

Пенентрация - проникновение язвы за пределы желудка или двенадцатиперстной кишки в соседние органы. Для пенетрации характерно появление симптомов поражения других органов, вовлеченных в процесс (симптомы панкреатита, холецистохолангита и. т.д.). Пенетрируют обычно язвы задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в малый сальник или подложечную железу (тело, головку). Значительно реже встречается пенетрация язвы в печень, желчный пузырь, поперечную ободочную кишку. Условием пенетрации является «припаивание» желудка в месте язвенного дефекта к соответствующему органу (это происходит в следствии перигастрита). Для язвы двенадцатиперстной кишки это не является обязательным условием, так как сама двенадцатиперстная кишка плотно фиксирована и не обладает такой подвижностью, как желудок. Далее деструктивные процессы в язве прогрессируют, и язва распространяется на тот или иной орган.

Развитие пенетрации обычно сопровождается изменением клинической картины (что происходит наиболее часто) появляются жалобы на боли, характерные панкреатита. В анализе крови при пенетрации отмечается ускорение СОЭ; лейкоцитоз.

Особенности лечения

Объем лечебных мероприятий зависит от локализации язвы (желудок или ДПК), фазы заболевания, тяжести течения, наличия осложнений, связи с HP, ведущих патогенетических механизмов и клинико-эндоскопического симптомокомплекса. По сложившейся в отечественной терапии традиции лечение больного с впервые выявленной язвенной болезнью и при её обострении осуществляется в стационаре. Больным с впервые выявленной язвенной болезнью или обострением болезни лечение проводят в стационаре в течении 1-1,5 мес. В то же время многие зарубежные специалисты более сдержаны в отношении рекомендации стационарного лечения. При обострении, средняя продолжительность стационарного лечения составляет около 1 месяца.

Противоязвенный курс включает:

. Режим. В первые недели пребывания в стационаре постельный или полупостельный режим;

. Питание.

3. Медикаменты;

4. Физиотерапию.

При резко выраженном обострении на 10-12 дней назначают строгую диету №1а, 1б, 1 стол, а потом № 5. (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).

Медицинская сестра обеспечивает контроль передач продуктов питания от родственников, контроль АД, ЧДД, пульс, массы тела, стула.

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.

Основу медикаментозного лечения составляют средства, снижающие секрецию желудочного сока, воздействующие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, нормализующие нарушенную моторику желудочно-кишечного тракта (метацин, гастроцепин).

Одним из последних, весьма эффективных препаратов, препятствующих формированию в секреторной клетке желудка соляной кислоты, является: омепрозол (лосек), ламезопрозол.

Так же назначаются цитопротекторы, защищающие слизистую желудка путем образования на поверхности язвенного дефекта пленки (сукральфат, висмута нитрат, энпростил); антациды и адсорбенты, связывающие соляную кислоту в нерастворимые неактивные комплексы (альмагель, фасфалюгель, маалокс, викаир); антихеликобактерные препараты (де-нол, эритромицин, метронидазол, фуразалидон); средства, стимулирующие заживление язв (метацил, солкосерил, облепиховое масло); средства, нормализующие моторику желудочно-кишечного тракта и снимающие боль ( галидор, церукал., но-шпа, папаверин).

Физиотерапия

Роль физиотерапии в лечении язвенной болезни в настоящее время не определенная, и потому второстепенная. Следует в отдельности подчеркнуть, что необходимость и полезность физиотерапевтического лечения язвенной болезни признается не всеми педиатрами.

В фазе обострения заболевания для нормализации секреторной и моторной функции желудка, а также повышение трофики СОЖ может назначаться: высокочастотная электротерапия (ВЧ) - индуктотермия; Сверхвысокочастотная терапия (СВЧ) или микроволновая терапия: сантиметровая или дециметровая; электротерапия импульсными токами (диадинамотерапия). При выраженном болевом синдроме применяются диадинамические токи, электрофорез со спазмолитиками.

При снижении секреторной деятельности желудка назначается: гальванизация области желудка; электрофорез с кальцием по поперечной методике; электростимуляция с помощью диадинамических токов.

В фазе неполной ремиссии: магнитотерапия, электросон, теплолечение (парафиновые, озокеритовые аппликации и др.), водолечение.

Для нормализации моторно-эвакуаторной функции желудка и повышения трофики СОЖ применяется лазерная и магнито-лазерная терапия.

Противопоказания для физиотерапевтического лечения тяжелое течение заболевания, кровотечение, индивидуальная непереносимость отдельных физиотерапевтических методов.

Из не медикаментозных методов лечения применяются: рефлексотерапия, фитотерапия, гомеопатия, микроволновая резонансная терапия.

В стадии ремиссии наряду с применением физиотерапевтических методов проводится лечение минеральными водами. В период стойкой ремиссии показано санаторно-курортное лечение сначала в местном, а потом климатическом санатории. В случае кровотечения санаторно-курортное лечение в климатических санаториях может проводиться не ранее, чем через 6 месяцев.

Курс лечения язвенной болезни длится до 1 месяца, но может продолжаться значительно дольше.

Вопрос о назначении поддерживающей терапии, кратность и время противорецидивних курсов лечения - решается индивидуально. Сроки пребывания в стационаре - в среднем 28 суток, при тяжелом течении до 6-8 недель.

Лечение кровотечений при язвенной болезни. Неотложные мероприятия при кровотечении состоят из назначения охранительного режима, голодания и полного покоя. Транспортирование больного только на носилках. Терапевтические средства остановки кровотечения: внутривенное введение факторов свертывания крови, сандостатина (соматостатина) парентерально блокаторы Н2-рецепторов гистамина (ранитидин, фамотидин и др.). При продолжении кровотечения осуществляется эндоскопический гемостаз (по возможности эндоваскулярный) Все дети, которые испытали кровотечение, подлежат этапному лечению и наблюдению.

Показания к хирургическому лечению язвенной болезни

• перфорация, пенетрация,

• массивное кровотечение, которое не прекращается,

• рубцовый субкомпенсированный дуоденальний стеноз.

Диспансерное наблюдение больные язвенной болезни находятся под диспансерным наблюдением гастроэнтеролога. В период полной ремиссии показано дозированная физическая активность, но следует избегать поднятия большого веса, резких движений, избегать большой нагрузки на брюшной пресс. При тяжелом, рецидивирующем течении язвенной болезни осенью и весной проводят курсы амбулаторного лечения продолжительностью 3-4 недели. С целью предотвращения рецидива рекомендуется обследование на HP, а при необходимости и санация ближайшего окружения больного. По возможности следует проводить эрадикацию НР не только у ребенка, но и у членов семьи, так как вероятность реинфицирования достаточно велика.

Для профилактики рецидивов обычно назначается более жесткая диета, антациды, блокаторы Н2-рецепторов гистамина. Кратность диспансерных обследований не меньше 2 раз в год; кратность эндоскопического исследования - не менее 2-3 раз в год или индивидуально.

Критерий выздоровления - полная клинико-эндоскопическая ремиссия на протяжении 5 лет, после чего пациенты снимаются из диспансерного учета.

Больным назначаются физиопроцедуры:

· электросон;

· электрофорез лекарственных веществ;

· ультразвук;

· магнитотерапия;

· питьевое лечение минеральными водами.

Санаторно-курортное лечение проводится в местных санаториях или на курортах с питьевыми минеральными водами.(Боржоми, Ессентуки).

2. Практическая часть. Роль медицинской сестры в реабилитации и профилактике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

.1 Сестринский процесс при ведении пациента с язвенной болезнью

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС - это метод научно обоснованных и осуществляемых на практике медицинской сестрой своих обязанностей по оказанию помощи пациентам. Это деятельность м/с, направленная на удовлетворение физических, биологических потребностей пациента, связанных с психологическим, духовным и социальным здоровьем, при которых надо оказать ПМСП имеющимися ресурсами приемлемыми для обеих сторон (м/с и пациента).

Сестринский процесс (СП) определяет конкретные потребности пациента в уходе, способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемым результатам ухода, кроме этого прогнозирует его последствия. СП определяет план действий медсестры. Стратегию, направленную удовлетворение нужд пациента, с его помощью оценивается эффективность проведенной сестрой работы, профессионализм сестринского вмешательства. И самое главное, СП гарантирует качество оказания помощи, которое можно проконтролировать.

Больным, у которых язвенная болезнь выявлена впервые, или больным с обострением болезни лечение проводят в стационаре в течение 1-1,5 месяцев.

В период обострения больной должен 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 больного: цветом кожи, пульсом, артериальным давлением, стулом.

Соблюдение диеты. В период обострения показаны диеты № 1А и 1Б

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.

Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов.

Необходимо избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться. При повышенной возбудимости назначают успокаивающие лекарственные средства.

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

Необходимо запретить курение и употребление спиртных напитков.

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

При желудочном кровотечении, прежде всего, необходимо вызвать врача. Следует обеспечить полный покой больному, успокоить его. На область желудка положить пузырь со льдом. Для остановки кровотечения вводят кровоостанавливающие средства. Если все эти мероприятия не дают результата, то больной подлежит хирургическому лечению.

После выписки из стационара больному 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.

Перед сестринскими вмешательствами необходимо расспросить пациента и его родственников, провести объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента, а так же выявить его проблемы и заподозрить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе язвенной болезни, сформировать план ухода. При опросе пациента и его родственников необходимо задать вопросы о перенесённых заболеваниях, наличие болей в брюшной области.

Анализ полученных данных помогает выявить проблемы пациента - сестринский диагноз.

Немалое значение в решении этих проблем имеет сестринский уход, однако главную роль играет немедикаментозная и медикаментозная терапии, которые назначены врачом.

Медицинская сестра информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, разъясняет ход определённых инструментальных и лабораторных исследованиях и подготовку к ним.

Сестринский уход за больным включает в себя:

контроль за соблюдением диеты (стол 1а, 1б, 1)

пища должна быть протертая, промятая, прожатая, термически, химически обработана.

исключить ржаной и любой свежий хлеб;

мясные и рыбные бульоны;

категорически запрещается употребление любого алкоголя;

запрещаются острые, жареные и маринованные блюда;

Сестринский процесс

Сестринский процесс при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки проводится в 5 этапов.

Первый этап - сестринское обследование.

Перед сестринскими вмешательствами необходимо расспросить пациента и его родственников, провести объективное исследование - это позволит медицинской сестре оценить физическое и психическое состояние пациента, а так же выявить его проблемы и заподозрить заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, в том числе язвенной болезни, сформировать план ухода. При опросе пациента и его родственников необходимо задать вопросы о перенесённых заболеваниях, наличие болей в брюшной области.

Анализ полученных данных помогает выявить проблемы пациента - сестринский диагноз.

Сестринское обследование проводится двумя методами:

· субъективно у пациента выявляются жалобы на: сильные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжку, запоры, вздутие живота, наблюдается рвота цвета «кофейной гущи», похудание.

· объективный метод - это осмотр, при котором определяет статус пациента в настоящее время.

Общее состояние пациента:

· крайне тяжелое;

· средней тяжести;

· удовлетворительное.

Положение пациента в постели:

· активное;

· пассивное;

· вынужденное.

Состояние сознания (различают пять видов):

· ясное - пациент конкретно и быстро отвечает на вопросы;

· помраченное - пациент отвечает на вопросы правильно, но с опозданием;

· ступор - оцепенение, пациент на вопросы не отвечает или отвечает не осмысленно;

· сопор - патологический сон, сознание отсутствует;

· кома - полное подавление сознания, с отсутствием рефлексов;

Дыхание:

· частоту дыхательных движений (ЧДД).

· Артериальное давление (АД).

· Пульс (Ps).

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.

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)

Четвертый этап - сестринское вмешательство

Немалое значение в решении этих проблем имеет сестринский уход, однако главную роль играет немедикаментозная и медикаментозная терапии, которые назначаются врачом.

Медицинская сестра информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, принципах лечения и профилактики, разъясняет ход определённых инструментальных и лабораторных исследованиях и подготовку к ним.

Сестринский уход за больным язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки включает в себя:

контроль за соблюдением диеты (стол 1а, 1б, 1)

пища должна быть протертая, промятая, прожатая, термически, химически обработана.

исключить ржаной и любой свежий хлеб;

мясные и рыбные бульоны;

категорически запрещается употребление любого алкоголя;

- запрещаются острые, жареные и маринованные блюда

Симптомы пациента: боль в эпигастральной области, снижение аппетита, слабость, недомогание, ночные боли, похудание, изжога, запоры, плохой сон.

Действия медсестры: создать условия для охранительного режима, следить за питанием больного, при необходимости покормить, чётко и своевременно выполнять назначения врача.

|  |  |
| --- | --- |
| Проблемы пациента | Действия медсестры |
| Боль в эптгастральной области | Создать условия для охранительного режима |
| Снижение аппетита | Следить за питанием больного, при необходимости покормить его |
| Слабость, недомогание | Четко и своевременно выполнять назначения врача |

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.

Практическая часть

На базе Алапаевского АЦГБ в терапевтическом отделении мною было проведено практическое исследование. За последние 6 месяцев в терапевтическое отделение на базе АЦГБ, поступило около 15 пациентов с диагнозом язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки. Им была оказана помощь( сняли боль в эпигастриальной области, тошноту, рвотные позывы, изжогу)

Наблюдение из практики

Пациент Б. 58 лет находится на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом язвенная болезнь желудка, фаза обострения.

Жалобы на сильные боли в эпигастральной области, возникающие через 30-60 минут после еды, отрыжку воздухом, иногда пищей, запоры, вздутие живота, наблюдалась однократная рвота цвета “кофейной гущи”. Больным считает себя в течение 1,5 лет, ухудшение, наступившее за последние 5 дней, больной связывает со стрессом.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Пульс 64 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст, ЧДД 18 в мин. Язык обложен белым налетом, живот правильной формы, отмечается умеренное напряжение передней брюшной стенки в эпигастральной области.

Пациенту назначено исследование кала на скрытую кровь.

На основе полученных результатов переходим к осуществлению II этапа сестринского процесса - выявляются нарушенные потребности, определение проблем - настоящие, потенциальные, приоритетные.

Проблемы пациента:

Настоящие: боли в эпигастрии; отрыжка, метеоризм; плохой сон; общая слабость.

Потенциальные:

риск развития осложнений (желудочное кровотечение, перфорация, пенетрация, стеноз привратника, малигнизация).

Приоритетная: боль в эпигастральной области.

Краткосрочная цель: пациент отмечает стихание боли к концу 7-го дня пребывания в стационаре.

Долгосрочная цель: пациент не предъявляет жалоб на боли в эпигастральной области к моменту выписки.

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Обеспечить лечебно-охранительный режим. | Для улучшения психоэмоционального состояния пациента, профилактики желудочного кровотечение. |
| 2. Обеспечить питанием пациента в соответствии с диетой №1а. | Для физического, химического и механического щажения слизистой желудка пациента. |
| 3. Обучить пациента правилам приема назначенных лекарственных средств. | Для достижения полного взаимопонимания между медицинским персоналом и пациентом, и эффективности действия препаратов. |
| 4. Объяснить пациенту суть его заболевания, рассказать о современных методах диагностики, лечения и профилактики. | Для снятия тревожного состояния, повышения уверенности в благоприятном исходе лечения. |
| 5. Обеспечить правильную подготовку пациента к ФГДС и желудочному зондированию. | Для повышения эффективности и точности диагностических процедур. |
| 6. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания с достаточным содержанием витаминов, пищевых антацидов. | Для повышения иммунных сил организма, снижения активности желудочного сока. |
| 7. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента (пульс, АД, характер стула). | Для раннего выявления и своевременного оказания неотложной помощи при осложнениях (кровотечение, перфорация). |

Оценка эффективности: больной отмечает исчезновение болей, демонстрирует знания по профилактике обострения язвенной болезни.

Цель достигнута.

2.2 Реабилитация: физиотерапия, диетотерапия. Профилактика

Высокая заболеваемость, частые рецидивы, длительная нетрудоспособность больных, вследствие этого значительные экономические потери - все это позволяет отнести проблему язвенной болезни к числу наиболее актуальных в современной медицине.

Особое место в лечении больных язвенной болезнью занимает реабилитация. Реабилитация - это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает очень близкое к этому определение реабилитации: «Реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут»

По мнению ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности.

Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную социально-медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько видов, или аспектов: медицинская, физическая, психологическая, профессиональная (трудовая) и социально-экономическая.

В рамках данной работы, считаю необходимым изучить физические методы реабилитации при язвенной болезни желудка.

Лечебная физкультура (ЛФК)

Лечебная физкультура (ЛФК) при язвенной болезни способствует регуляции процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, улучшает пищеварение, кровообращение, дыхание, окислителъно-восстановительные процессы, положительно влияет на нервно - психическое состояние больного.

При выполнении физических упражнений щадят область желудка. В остром периоде заболевания при наличии боли ЛФК не показана. Физические упражнения назначают спустя 2-5 дней после прекращения острой боли.

В этот период процедура лечебной гимнастики не должна превышать 10-15 мин. В положении лежа выполняют упражнения для рук, ног с ограниченной амплитудой движения. Исключают упражнения, активно вовлекающие в деятельность мышцы живота и повышающие внутрибрюшное давление.

При прекращении острых явлений физическую нагрузку постепенно увеличивают. Во избежание обострения делают это осторожно с учетом реакции больного на упражнения. Упражнения выполняют в исходном положении лежа, сидя, стоя.

Для предупреждения спаечного процесса на фоне общеукрепляющих движений используют упражнения для мышц передней брюшной стенки, диафрагмальное дыхание, простую и усложненную ходьбу, греблю, лыжи, подвижные и спортивные игры.

Следует осторожно выполнять упражнения, если они усиливают боли. Жалобы часто не отражают объективного состояния, и язва может прогрессировать при субъективном благополучии (исчезновение болей и др.).

В связи с этим при лечении больных следует щадить область живота и очень осторожно, постепенно повышать нагрузку на мышцы брюшного пресса. Можно постепенно расширять двигательный режим больного путём возрастающей общей нагрузки при выполнении большинства упражнений, в том числе упражнений в диафрагмальном дыхании и упражнений для мышц брюшного пресса.

Противопоказаниями к назначению ЛФК служат: кровотечения; генерирующая язва; острые перивисцериты (перигастриты, перидуодениты); хронические перивисцериты при условии возникновения острой боли во время выполнения упражнений.

Физиотерапия

Физиотерапия - это применение с лечебной и профилактической целью природных и искусственно генерируемых физических факторов, таких как: электрический ток, магнитное поле, лазер, ультразвук и др. Используются и различные виды излучений: инфракрасное, ультрафиолетовое, поляризированный свет.

Основные принципы использования физиотерапии в лечении больных язвенной болезнью:

а) выбор мягко действующих процедур;

б) применение небольших дозировок;

в) постепенное повышение интенсивности воздействия физическими факторами;

г) рациональное сочетание их с другими лечебными мероприятиями.

В качестве активной фоновой терапии с целью воздействия на повышенную реактивность нервной системы используют такие методы, как:

импульсные токи низкой частоты по методике электросна;

центральная электроаналгезия по транквилизирующей методике (с помощью аппаратов ЛЭНАР);

УВЧ на воротниковую зону; гальванический воротник и бромэлектрофорез.

Из методов локальной терапии (т. е. воздействие на эпигастральную и паравертебральную зоны) самым популярным остается гальванизация в сочетании с введением различных лекарственных веществ методом электрофореза (новокаина, бензогексония, платифиллина, цинка, даларгина, солкосерила и др.)

Питьевые минеральные воды

Питьевые минеральные воды различного химического состава воздействуют на регуляцию функциональной деятельности гастро-дуоденальной системы.

Известно, что выделение панкреатического сока, секреция желчи в физиологических условиях осуществляются в результате индукции секретина и панкреозимина. Отсюда логически следует, что минеральные воды способствуют стимуляции этих интестинальных гормонов, обладающих трофическим действием. Для осуществления указанных процессов необходимо определенное время - от 60 до 90 мин, в связи с чем для использования всех присущих минеральным водам лечебных свойств целесообразно назначать их за 1-1,5 часа до приема пищи. За этот период вода может проникнуть в двенадцатиперстную кишку и оказать тормозящее действие на возбужденную секрецию желудка.

Подобным действием в большей степени обладают теплые (38-40° С) маломинерализованные воды, способные расслабить спазм привратника и быстрее эвакуироваться в двенадцатиперстную кишку. При назначении минеральных вод за 30 мин до еды или на высоте пищеварения (спустя 30-40 мин после приема пищи) проявляется, в основном, их местное антацидное действие и не успевают произойти те процессы, которые связаны с влиянием вод на эндокринную и нервную регуляцию, тем самым теряются многие стороны лечебного действия минеральных вод. Такая методика назначения минеральных вод оправдана в ряде случаев для больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с резко повышенной кислотностью желудочного сока и выраженным диспепсическим синдромом в фазе затухающего обострения болезни.

Больным с нарушениями моторно-эвакуаторной функции желудка прием минеральных вод не показан, так как принятая вода длительное время задерживается в желудке вместе с пищей и будет оказывать вместо тормозящего - сокогонный эффект.

Больным язвенной болезнью рекомендуются щелочные слабо и среднеминерализованные воды (минерализация соответственно 2-5 г/л и более 5-10 г/л), углекислые гидрокарбонатно-натриевые, углекислые гидрокарбонатно-сульфатные натриево-кальциевые, углекислые гидрокарбонатно-хлоридные, натриево-сульфатные, магниево-натриевые, например: боржоми, смирновская, славяновская, ессентуки № 4, ессентуки новая, пятигорский нарзан, березовская, московская минеральная вода и другие

Диетотерапия

Диетическое питание является основным фоном любой противоязвенной терапии. Принцип дробного (4-6-разового) питания должен соблюдаться независимо от фазы заболевания.

Основные принципы лечебного питания (принципы «первых столов» по классификации Института питания): 1. полноценное питание; 2. соблюдение ритма приема пищи; 3. механическое; 4. химическое; 5. термическое щажение слизистой гастродуоденальной зоны; 6. постепенное расширение диеты.

Подход к диетотерапии язвенной болезни в настоящее время знаменуется отходом от строгих до щадящих рационов. Используются в основном протертый и непротертый варианты диеты № 1.

В состав диеты № 1 входят следующие продукты: мясо (телячье, говяжье, кроличье), рыба (судак, щука, карп и др.) в виде паровых котлет, кнелей, суфле, говяжьих сосисок, вареной колбасы, изредка - нежирная ветчина, вымоченная сельдь (вкусовые и питательные свойства сельди возрастают, если ее вымачивать в цельном коровьем молоке), также молоко и молочные продукты (молоко цельное, сухое, сгущенное, сливки свежие некислые, сметана и творог). При хорошей переносимости можно рекомендовать простоквашу, ацидофильное молоко. Яйца и блюда из них (яйца всмятку, омлет паровой) - не более 2 штук в день. В сыром виде яйца не рекомендуются, так как они содержат авидин, раздражающий слизистую желудка. Жиры - масло сливочное несоленое (50-70 г), оливковое или подсолнечное (30-40 г). Соусы - молочный, закуски - сыр неострый, тертый. Супы - вегетарианские из круп, овощей (кроме капусты), молочные супы с вермишелью, лапшой, макаронами (хорошо проваренные). Солить пищу нужно умеренно (8-10 г соли в сутки).

Фрукты, ягоды (сладкие сорта) дают в виде пюре, желе, при переносимости компоты и кисели, сахар, мед, варенье. Показаны некислые овощные, фруктовые, ягодные соки. Виноград и виноградные соки плохо переносятся, они могут вызвать изжогу. При плохой переносимости соки следует добавлять к кашам, киселю или разбавлять кипяченой водой.

Из хлебобулочных изделий рекомендуется пшеничный белый хлеб вчерашней выпечки, не сдобные булочки и печенье, бисквит; при переносимости - черные сухари.

Не рекомендуются: свинина, баранина, утка, гусь, крепкие бульоны, мясные супы, овощные и особенно грибные навары, недостаточно проваренное, жареное, жирное и вяленое мясо, копчености, соленая рыба, вкрутую сваренные яйца или яичница, снятое молоко, крепкий чай, кофе, какао, квас, все алкогольные напитки, газированная вода, перец, горчица, хрен, лук, чеснок, лавровый лист и др.

Следует воздерживаться от клюквенного сока. Из напитков можно рекомендовать слабый чай, чай с молоком или сливками

Фитотерапия

Для большинства пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка, целесообразно включение в комплексное лечение отваров и настоев из лекарственных трав, а также специальных противоязвенных сборов, состоящих из многих лекарственных растений. Сборы и народные рецепты, применяемые при язве желудка

Сбор: Цветы ромашки аптечной - 10 гр.; плоды фенхеля - 10 гр.; корень алтея - 10 гр.; корень пырея - 10 гр.; корень солодки - 10 гр. 2 чайные ложки смеси на 1 стакан кипятка. Настоять, укутав, процедить. Принимать на ночь по одному стакану настоя.

Сбор: Листья кипрея - 20 гр.; липовый цвет - 20 гр.; цветы ромашки аптечной - 10 гр.; плоды фенхеля - 10 гр. 2 чайные ложки смеси на стакан кипятка. Настоять укутав, процедить. Принимать от 1 до 3 стаканов в течении дня.

Сбор: Раковые шейки, корни - 1 часть; подорожник, лист - 1 часть; хвощ полевой - 1 часть; зверобой - 1 часть; корень валерианы - 1 часть; ромашка аптечная - 1 часть. Столовую ложку смеси на стакан кипятка. Парить 1 час. Принимать 3 раза в день до еды.

Сбор:: Череда -100 гр.; чистотел -100 гр.; зверобой -100 гр.; подорожник -200 гр. Столовую ложку смеси на стакан кипятка. Настоять укутав 2 часа, процедить. Принимать по 1 столовой ложке 3-4 раза в день, за час до или за 1,5 часа после еды.

Свежевыжатый сок из листьев капусты огородной при регулярном приеме излечивает хронические гастриты и язвы лучше всех медикаментозных препаратов. Приготовление сока в домашних условиях и его прием: листья пропускают через соковыжималку, фильтруют и отжимают сок. Принимают в подогретом виде по 1/2-1 стакану 3-5 раз в день до еды.

Прогноз

Благоприятный прогноз при своевременном лечении и наблюдении, но возможно развитие осложнений (перфорация, кровотечения) прогноз будет зависеть от своевременности оказания неотложной помощи (хирургического метода лечения).

Реабилитация больных, перенесших язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, направлена на восстановление здоровья и трудоспособности. Больной считается выздоровевшим, если нет рецидива в течение 5 лет.

Профилактика

Профилактика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки преследует 2 цели: предупреждение повышения выделения соляной кислоты и предупреждение заражения хеликобактерной инфекцией. С целью предупреждения повышения соляной кислоты, необходимо, отказаться от спиртных напитков и курения, исключить нервно-эмоциональные перенапряжения, во время питаться, исключить из своего рациона, еду повышающая кислотность (острая, солёная, жареная). С целью предупреждения заражения хеликобактерной инфекцией, необходимо пользоваться чистой посудой (не пить из чашки после кого- то, не использовать чужую ложку или вилку, даже в кругу семьи), так как эта инфекция, передаётся через слюну заражённого человека. При наличии хронического гастрита или дуоденита, своевременное их медикаментозное лечение и диетотерапия.

Для профилактики рецидивов обычно назначается более жесткая диета, антациды, блокаторы H2 рецепторов гистамина. Кратность диспансерных обследований не меньше 2 раз в год; кратность эндоскопического исследования - не менее 2-3 раз в год или индивидуально. Профилактика язвенной болезни в целом включает в себя профилактику любых заболеваний пищеварительной системы. Профилактика рецидивов язвенной болезни заключается в динамическом (диспансерном) наблюдении за больными с обязательным осмотром и клинико-эндоскопическим обследованием 2 раза в год.

В качестве профилактики обострений рекомендуются чередование режима труда и отдыха, нормализация сна, отказ от вредных привычек, рациональное пятиразовое питание и использование двух- или трехкомпонентной терапии в течение недели каждые 3 месяца.

Кроме этого:

спать 6-8 часов;

отказ от жирной, копченой, жареной пищи;

во время болей в желудке надо обследоваться и пищу принимать 5-6 раз в день, протертую, легко усвояемую: каши, кисели, паровые котлеты, рыбу морскую, овощи, омлет;

лечить больные зубы, чтобы пищу хорошо пережевывать;

избегать стрессов, т.к. после нервного перенапряжения боли в желудке усиливаются;

не принимать пищу очень горячую или оченьхолодную, т.к. это может способствовать возникновению рака пищевода;

не курить;

не злоупотреблять алкоголем;

Надо помнить, язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки - это не только местное повреждение желудка. Это мучительная болезнь всего организ0ма, которую легче предупредить, чем всю жизнь к ней приспосабливаться и лечить.

Выводы

Изучив необходимую литературу и проанализировав свое наблюдение за пациентами, можно сделать выводы: знание этиологии и способствующих факторов возникновения язвенной болезни клинической картины и особенностей диагностики данного заболевания, методов обследования и подготовки к ним, принципов лечения и профилактики, осложнений, манипуляций поможет медицинской сестре осуществить все этапы сестринского процесса.

Язвенная болезнь - широко распространенное заболевание, причем в последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости. Факторы возникновения заболевания различны, это и нарушения режима, характера питания (например, систематическое употребление острой и грубой пищи, торопливая еда и еда всухомятку, большие перерывы между приемами пищи), курение, злоупотребление алкогольными напитками, крепким кофе, психоэмоциональные перегрузки (недостаточные отдых и сон, ненормированный рабочий день, стрессовые ситуации), физическое перенапряжение. Важное место отводится наследственным и конституциональным факторам. Вызвать развитие язвенной болезни может длительный прием лекарственных препаратов, неблагоприятно воздействующих на слизистую оболочку желудка (ацетилсалициловой кислоты, глюкокоргикоидов, резерпина, кофеина и др.). Предполагается, что особую роль в развитии язвенной болезни и ее рецидивирующем течении играет Helicobacter pylori, паразитирующий в слизистой оболочке желудка и повышающий ее чувствительность к воздействию соляной кислоты желудочного сока.

Физиотерапия, диетотерапия, фитотерапия и др. физические методы - неотъемлемые, составные части реабилитационных мероприятий пациентов с язвенной болезнью желудка. Их основной целью является - развитие более длительного периода ремиссии заболевания. Каждый метод, применяемый в лечении, обладает своим специфическим влиянием, но сегодня считают наиболее эффективным применение точечного массажа и музыкотерапии, в силу нейрогенной природы возникновения заболевания. Применение точечного массажа и музыки позволяет устранить вегетативно-сосудистые нарушения, оказывает благоприятное действие на секреторную и моторную функции желудка, снижает болевой синдром.

Очевидно, что нелекарственные подходы в лечении язвенной болезни представлены довольно широким спектром воздействия, что должно более активно использоваться на сегодняшний день, когда лекарственные возможности ограничены высокой стоимостью препаратов. Кроме того, нефармакологические подходы лечения оказывают выраженное общее воздействие, чего не удается достигнуть узконаправленным действием лекарственных препаратов, так что используя их в комплексе, можно получить всесторонний эффект воздействия.

Глубоко изучив полученную информацию, можно сделать заключение, что цель работы достигнута. В ходе её выявлено, что использование всех этапов сестринского процесса, а именно:

I этап - оценка состояния пациента;

II этап - определение проблем пациента;

III этап - планирование сестринских вмешательств;

IV этап - реализация составленного плана сестринских вмешательств;этап - оценка результатов перечисленных этапов,

способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов. Приоритетными проблемами являются проблемы безопасности (операционной, инфекционной, психологической); проблемы связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем; проблемы связанные с сохранением достоинства, так как ни в полной другой области медицины пациент не оказывается столь беззащитным, как в хирургическом отделении во время операции.

определяет план действий медсестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей желудочно-кишечной патологии.

позволяет повысить качество сестринской помощи.

Хоть и медицинская сестра самостоятельно не лечит больного, а лишь выполняет назначения врача, однако она замечает изменения, происходящие в состоянии пациента, ведь она находится с ним всё время.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры, но и ясно представлять какое действие лекарства или процедуры оказывают на организм больного. Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки главным образом зависит от тщательного, правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения. Очень важной является и профилактика заболевания: медицинская сестра обучает членов семьи организации режима, питания и рассказывает о профилактическом лечении пациента.

Главное назначение сестринского дела в том, чтобы пациент как можно быстрее обрёл независимость в медицинской помощи.

Список литературы

1. Двойникоова С. И., Карасева Л. А. «Организация сестринского процесса» Мед. Помощь 1996 №3 С. 17-19.

2. Иванова Л. Ф. с соавторами «Сестринский процесс в геронтологии и гериатрии» г. Чебоксары 1996-1999гг.

. Корягина Н.Ю., Широкова Н.В. - Организация специализированного сестринского ухода - М.: - ГЭОТАР - Медия, 2009. - 464 с.

. Лычев В.Г., Карманов В.К. - Руководство по проведению практических занятий по предмету «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи»: - учебное методическое пособие М.: - Форум инфра, 2010. - 384 с.

. Лычев В.Г., Карманов В.К. - Основы сестринского дела в терапии - Ростов н/Д Феникс 2006 - 512 с.

. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н - Сестринское дело в терапии - М.: - ООО Медицинское информационное агентство, 2008 . - 544 с.

. Методические рекомендации Минздрава соц.развития России от 3 февраля 2005 «Организация лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях».

. Мухина С.А., Тарновская И.И - Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп.- М.: - ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 368 с.

. Мухина С.А., Тарновская И.И - Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»; 2-е издание исп. доп. М.: - ГЭОТАР - Медиа 2009. - 512 с.

. Обуховец Т.П., Скляров Т.А., Чернова О.В.- Основы сестринского дела- изд. 13-е доп. перераб. Ростов н/Д Феникс - 2009 - 552с.

. Стандарты практической деятельности медсестры России том I - II

. Этический кодекс медицинской сестры России. Ассоциация медицинских сестёр России, Санкт-Петербург 1996, составитель А.Я. Иванюшкин.

Приложение № 1

Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

|  |
| --- |
| ип |
| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Усредненный показатель частоты предоставления | Усредненный показатель кратности применения |
| B01.004.003 | Ежедневный осмотр врачом-гастроэнтерологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара | 0,7 | 20 |
| B01.047.009 | Ежедневный осмотр врачом-терапевтом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара | 0,3 | 20 |
| Лабораторные методы исследования |
| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Усредненный показатель частоты предоставления | Усредненный показатель кратности применения |
| A08.16.002 | Морфологическое исследование препарата тканей желудка | 0,2 | 1 |
| A09.19.001 | Исследование кала на скрытую кровь | 1 | 2 |
| A09.28.027 | Определение альфа-амилазы в моче | 1 | 1 |
| B03.016.003 | Общий (клинический) анализ крови развернутый | 1 | 1 |
| B03.016.004 | Анализ крови биохимический общетерапевтический | 1 | 1 |
| B03.016.006 | Анализ мочи общий | 1 | 1 |
| Инструментальные методы исследования |
| Код медицинской услуги | Наименование медицинской услуги | Усредненный показатель частоты предоставления | Усредненный показатель кратности применения |
| A03.16.001 | Эзофагогастродуоденоскопия | 1 | 1 |
| A06.16.008 | Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, двойной контраст | 0,1 | 1 |
| A11.16.002 | Биопсия желудка с помощью эндоскопии | 0,2 | 1 |

Приложение № 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Локализация язвы | Клиническая фаза и эндоскопическая стадия | Течение | Осложнения |
| В желудке: · тело желудка · околопривратниковая В двенадцатиперстной кишке: · бульбарная · постбульбарная (около 5% язв) В желудке и двенадцатиперстной кишке  | Обострение: · I стадия - свежая язва · II стадия - начало · эпителизации язвенного дефекта · Стихание обострения: · III стадия - заживление язвы o без образования рубцов o с формированием рубца o рубцово-язвенная деформация · IV стадия - клинико-эндоскопическая ремиссия | Лёгкое Средней тяжести Тяжёлое  | Кровотечение Перфорация Пенетрация Стеноз  |

Приложение № 3

МАНИПУЛЯЦИИ

Взятие желудочного содержимого для исследования секреторной функции желудка.

Оснащение:

· желудочный зонд диаметром 0,5-0,8 см;

· один из стимуляторов секреции;

· шприц для инъекции (если раздражитель парентеральный);

· спирт 70°,

· ватные шарики,

· перчатки;

· штатив с пробирками;

· шприц для извлечения желудочного сока (если нет вакуумной установки, предназначенной для этой цели).

Подготовка к процедуре:

1. Уточнить у пациента понимание хода и цели предстоящей процедуры и его согласие на проведение процедуры. В случае не информированности пациента уточнить дальнейшую тактику у врача.

2. Предложить или помочь пациенту сесть на стул, ближе к спинке.

. Прикрыть грудь пациента непромокаемым фартуком (пеленкой).

. Определить расстояние, на которое следует ввести зонд : от губ до мочки уха и вниз по передней брюшной стенке так, чтобы последнее отверстие зонда было ниже мечевидного отростка (при необходимости сделать отметку на зонде).

. Объяснить пациенту, что:

· при введении зонда возможны тошнота и позывы на рвоту, которые можно подавить, если глубоко дышать через нос;

· нельзя сдавливать просвет зонда зубами и выдёргивать его

Выполнение процедуры

Внимание! Последующий ход процедуры проводится в зависимости от назначения врача-лаборанта различными методами:

При исследовании с помощью парентерального раздражителя:

(субмаксимальный гистаминовый тест)

а) накануне исследования определить массу тела пациента, рассчитать нужную дозу гистамина; измерить АД, выяснить, не было ли ранее аллергических реакций;

б) извлечь желудочное содержимое натощак (1-я порция);

в) в течение 1 ч извлекать содержимое желудка, меняя емкости для сока каждые 15 мин (2, 3, 4, 5-я порции);

г) набрать в шприц нужную дозу препарата и ввести его подкожно после извлечения 5-ой порции;

д) извлекать в течение 1 ч желудочное содержимое, меняя емкости для желудочного содержимого через каждые 15 мин (6, 7, 8, 9-я порции).

Завершение процедуры

.Извлечь зонд, обернув его салфеткой и медленно вытягивая изо рта

.Поместить загрязненные предметы в непромокаемую емкость.

.Снять перчатки, вымыть руки.

(Доставить в лабораторию все нужные порции с указанием на бланке метода,по которому было получено содержимое, № отделения и Ф.И.О. пациента «Контрольная порция»);

Подготовка к эндоскопическому исследованию пищевода, желудка и 12-типерстной кишки.

Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время - один из важнейших диагностических методов, позволяющих с большой точностью визуально определить локализацию, характер и степень изменений в слизистой оболочке этих органов. Метод дает возможность с помощью прицельной биопсии органов получить маленький кусочек пораженной ткани для последующего гистологического исследования. Он широко используется в клинике для ранней диагностики язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, а также других заболеваний пищеварительного тракта, с успехом применяется для диагностического контроля и объективной оценки эффективности лечения.

Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки проводят с помощью гибких эндоскопов на волоконной оптике (гастродуоденоскопы).

Как и при других исследованиях, подготовку пациента следует начинать с уточнения понимания им цели и хода предстоящей процедуры:

· проинформировать, что исследование проводится утром натощак (последний прием пищи накануне не позднее 21 ч), а также о том, что во время исследования он будет лишен возможности говорить и проглатывать слюну;

· проследить, чтобы пациент снял перед исследованием съемные зубные протезы и принес в эндоскопический кабинет полотенце; по назначению врача эндоскопического кабинета за 15-20 мин до исследования проводится премедикация.

Исследование кала на скрытую кровь

Запомните! В лабораторию нельзя доставлять кал после клизмы, введения свечей, приема внутрь красящих веществ, касторового и вазелинового масла, белладонны, пилокарпина, железа, висмута, бария.

Для обнаружения в кале скрытой крови (с целью выявления скрытого кровотечения из органов пищеварительного тракта) пациента готовят к сбору испражнений в течение 3 дней. Поскольку лабораторное исследование основано на обнаружении в кале железа, входящего в состав гемоглобина, из диеты исключают продукты, содержащие железо (мясо, рыбу, помидоры, яблоки, все зеленые овощи, печень, икру, гранаты, гречневую кашу).

Эти продукты могут дать ложноположительный результат. В этот период нельзя: давать пациенту лекарственные препараты, содержащие железо. При кровотечении из десен в течение всего периода подготовки к исследованию пациент не должен чистить зубы щеткой. Порекомендуйте ему вместо чистки зубов полоскать рот 3-процентным раствором натрия бикарбоната, или другими антисептическими растворами.

Для достоверности исследования нужно быть уверенным, что исключено попадание крови в фекалии из кровоточащих геморроидальных вен, при кровотечении из трещины в области заднепроходного отверстия, влагалища.

Подготовка к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки.

При рентгенологических методах исследования определяют форму, величину и подвижность желудка, обнаруживают язву, опухоль и другие патологические изменения. Медицинская сестра должна подготовить пациента к рентгенологическому исследованию желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ранее перед рентгенологическим исследованием желудка считалось необходимым проведение специальной подготовки - соблюдение диеты с исключением продуктов, вызывающих метеоризм, постановка очистительных клизм накануне вечером и утром в день исследования.

Сейчас общепринята точка зрения, что пациенты, не страдающие запорами, не требуют специальной подготовки.

Если у пациента запор и/или метеоризм:

· уточнить у пациента понимание цели исследования и подготовки к нему;

· предложить ему (особенно если страдает метеоризмом) в течение 2-3 дней придерживаться диеты, исключающей черный хлеб, овощи, молоко и др.;

· проинформировать пациента, что исследование проводится натощак; последний прием пищи должен быть накануне не позднее 20 ч;

· вечером и утром за 2 ч до исследования поставить очистительную клизму (если пациент страдает запорами);

· помочь пациенту (в условиях ЛПУ) прийти в рентгенологический кабинет. В качестве контрастного вещества при рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки используют взвесь сульфата бария.