Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение

Мурманской области

«Кольский медицинский колледж»

Выпускная квалификационная работа

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Специальность 060501/51 «Сестринское дело»

Студент 3 курса

Мазурова Кристина Игоревна

Методический руководитель

Преподаватель ГАПОУ МО «КМК»

специалист высшей квалификационной категории

Гербер Наталья Ивановна

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что болезни органов пищеварения относятся к одним из самых распространенных заболеваний, занимая по частоте третье место после сердечно - сосудистых заболеваний и болезней органов дыхания. Многие из них относят к «болезням цивилизации» из - за прогрессирующего роста распространенности в развитых странах.

В общей структуре заболеваний органов пищеварения ведущее место занимает патология желудка и двенадцатиперстной кишки. Примерно у 60 -70% взрослых людей формирование язвенной болезни, хронического гастрита, дуоденита начинается в детском и подростковом возрасте, но особенно часто они наблюдаются в школьном возрасте [3].

Язвенная болезнь - хроническое заболевание, протекающее с образованием язв в желудке или двенадцатиперстной кишке, с вовлечением в патологический процесс других органов пищеварения, возможным прогрессированием и развитием осложнений. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки встречается в 15 - 20 раз чаще, чем язвенная болезнь желудка. Имеющиеся статистические данные указывают на высокий процент больных во всех странах. В течение всей жизни этой болезнью страдает до 20 % взрослого населения, и 40 % детского населения. Среди жителей города язвенная болезнь встречается чаще, чем среди сельского населения. В настоящее время, учитывая не только медицинскую, но и социальную значимость, патология желудка и двенадцатиперстной кишки, патогенез, новые методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний желудка привлекают внимание педиатров, генетиков, патофизиологов, иммунологов, специалистов по физической реабилитации.

В изучении язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки накоплен значительный опыт. В частности, весьма актуальными являются вопросы применения средств физической реабилитации в комплексном лечении этого заболевания.

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.

Цель работы - Систематизировать и углубить знания о язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Разработать план сестринского ухода на этапе восстановительного лечения.

Данная цель может быть реализована путем решения следующих задач:

1. Исследовать и проанализировать литературные источники по проблеме язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей;

2. Рассмотреть и охарактеризовать анатомо - физиологические особенности желудка и двенадцатиперстной кишки детей разных возрастных групп;

. Систематизировать теоретические данные по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике, лечению и профилактике язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;

. Разработать план сестринского ухода за пациентом на этапе восстановительного лечения.

Объектом нашего исследования является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки у детей. Предметом исследования является этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика данного заболевания. Практическая значимость данной работы заключается в возможности применять теоретические и практические данные, полученные в ходе исследования при дальнейшей профессиональной деятельности выпускников. Материалы нашего исследования могут быть применены на теоретических и практических занятиях со студентами с 1 по 3 курс. Также представленная в работе информация может быть использована в лечебно - профилактических учреждениях.

. АНАТОМО - ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

.1 Анатомо - физиологические особенности желудка

Желудок - важнейший орган пищеварительной системы. Он представляет собой наиболее широкую часть пищеварительного тракта. Расположен в верхнем отделе живота, преимущественно в левом подреберье. Своим начальным отделом соединен с пищеводом, а конечным - с двенадцатиперстной кишкой [4].

Форма, объем и положение желудка человека весьма изменчивы. Они могут меняться в различное время дня и ночи в зависимости от наполнения желудка, степени сокращения его стенок, фаз пищеварения, положения тела, индивидуальных особенностей строения организма, состояния и воздействия соседних органов - печени, селезенки, поджелудочный железы и кишечника. Желудок при повышенном сокращении стенок часто имеет форму бычьего рога, или сифона, при пониженной сократимости стенок и его опущении - форму чаши.

При продвижении пищи по пищеводу объем желудка уменьшается, стенки его сокращаются. Поэтому для заполнения желудка при рентгенологическом исследовании достаточно ввести 400 - 500 мл контрастной взвеси, чтобы получить представление обо всех его отделах. Длина желудка при средней степени наполнения составляет 14 - 30, ширина от 10 до 16 см.

В желудке выделяют несколько отделов: начальный (кардиальный) - место перехода пищевода в желудок, тело желудка - средняя его часть и выходной (пилорический, или привратник), примыкающей к двенадцатиперстной кишке [1]. Различают также переднюю и заднюю стенки. Граница по верхнему краю желудка короткая, вогнутая. Она называется малой кривизной. По нижнему краю - выпуклая, более удлиненная. Это большая кривизна желудка.

В стенке желудка на границе с двенадцатиперстной кишкой имеется утолщение из мышечных волокон, циркулярно расположенных в виде кольца и образующих запирательный аппарат (привратник), закрывающий выход из желудка. Такой же, но менее выраженный запирательный аппарат (жом) имеется на месте перехода пищевода в желудок. Таким образом, при помощи запирательных механизмов желудок ограничивается от пищевода и двенадцатиперстной кишки.

Деятельность запирательного аппарата регулируется нервной системой. Когда человек проглатывает пищу, рефлекторно под влиянием раздражения стенок пищевода пищевыми массами, проходящими по глотке, открывается жом, расположенный в начальном отделе желудка, и пища в определенном ритме переходит из пищевода в желудок. В это время привратник, расположенный в выходном отделе желудка, закрыт, и пища в двенадцатиперстную кишку не поступает. После пребывания пищевых масс в желудке и их обработки желудочными соками открывается привратник выходного отдела, и пища отдельными порциями переходит в двенадцатиперстную кишку. В это время жом начального отдела желудка закрыт. Такая гармоничная деятельность привратника и кардиального жома обеспечивает нормальное пищеварение, а прием пищи вызывает приятные ощущения и удовольствие.

Если желудочные запирательные аппараты сужены под воздействием рубцовых, язвенных или опухолевых процессов, развивается тяжелое болезненное состояние. При сужении жома начального отдела желудка нарушается акт глотания. Пища задерживается в пищеводе. Пищевод растягивается. Пища подвергается гниению и брожению. При сужении привратника пища не поступает в двенадцатиперстную кишку, а застаивается в желудке. Он растягивается, накапливаются газы и другие продукты гниения и брожения.

При нарушении иннервации желудка или поражении его мышечной оболочки жомы перестают выполнять свою запирательную роль. Они постоянно зияют. Кислое желудочное содержимое может забрасываться в пищевод и вызывать неприятные ощущения.

Стенки желудка состоят из 3 оболочек: наружной серозной, средней мышечной и внутренней слизистой. Слизистая оболочка желудка - важнейшая его часть, играющая ведущую роль в пищеварении. В покое слизистая оболочка белесоватая, в активном состоянии - красноватая. Толщина слизистой оболочки неодинакова. Она максимальна в выходном отделе, постепенно утончаются и в начальной части желудка равна 0,5 мм.

Желудок богато кровоснабжается и иннервируется. Нервные сплетения расположены в толще его стенок и вне органа.

Как отмечалось, желудок выполняет важные для организма функции. Благодаря наличию развитой мышечной и слизистой оболочек, замыкающего аппарата и специальных желез, он играет роль депо, где пища, поступающая по пищеводу из ротовой полости, накапливается, происходит ее первоначальное переваривание и частичное всасывание. Кроме депонирующей роли желудок выполняет другие важные функции. Из них главная - физическая и химическая обработка пищи и постепенная ритмичная ее транспортировка небольшими порциями в кишечник. Это осуществляется координированной моторной и секреторной деятельностью желудка.

Желудок выполняет еще одну важную функцию. В нем в небольших количествах всасывается вода, некоторые растворимые вещества (сахар, соль, белковые продукты, йод, бром, экстракты овощей). Жиры, крахмал и др. в желудке не всасываются.

Выделительная функция желудка была известна давно. При тяжелом заболевании почек в крови накапливается большое количество шлаков. Слизистая желудка частично их выделяет: мочевину, мочевую кислоту и другие азотистые вещества, а также чуждые организму красители. Оказалось, что чем выше кислотность желудочного сока, тем быстрее выделяются принятые красители.

Следовательно, желудок участвует в межсуточном обмене веществ. Он частично удаляет из организма продукты, образованные в результате расщепления белков, которые не используются организмом и могут вызвать отравление. Желудок оказывает влияние на водно - солевой обмен, на поддержание постоянного очень важного для организма кислотно - щелочного равновесия.

Установлено влияние желудка на функциональное состояние других органов. Доказано рефлекторное воздействие желудка на желчный пузырь и желчные пути, кишечник, почки, сердечно - сосудистую систему и ЦНС. Перечисленные органы также влияют на функцию желудка. Такая взаимосвязь приводит к нарушениям функции желудка при заболевании других органов, и наоборот, болезни желудка могут вызывать заболевания других органов.

1.2 Анатомо - физиологические особенности двенадцатиперстной кишки

Двенадцатиперстная кишка - начальный отдел тонкой кишки <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BE%D0%BD%D0%BA%D0%B0%D1%8F\_%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%BA%D0%B0\_%D1%87%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA%D0%B0> у человека <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A7%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BA\_%D1%80%D0%B0%D0%B7%D1%83%D0%BC%D0%BD%D1%8B%D0%B9>, следующий сразу после привратника желудка <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%BD%D0%B8%D0%BA\_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0>. Характерное название связано с тем, что её длина составляет примерно двенадцать поперечников пальца руки.

Двенадцатиперстная кишка подразделяется на четыре части: верхнюю, нисходящую, нижнюю и восходящую.

Верхняя часть, является начальным отделом двенадцатиперстной кишки, длина ее в среднем 5 - 6 см. Она направляется косо, слева направо, спереди назад, затем дугообразно изгибается, образуя верхнюю кривизну, и продолжается в нисходящую часть.

Нисходящая часть, располагается справа от поясничного отдела позвоночника, имеет длину 7 - 12 см и переходит в нижнюю часть. В месте перехода образуется нижняя кривизна [1].

Горизонтальная (нижняя) часть, длиной 6 - 8 см, идет справа налево, пересекает позвоночник в поперечном направлении, затем изгибается кверху, продолжаясь в восходящую часть, длина которой достигает 4 - 5 см.

Восходящая часть двенадцатиперстной кишки слева от поясничного отдела позвоночника образует двенадцатиперстно - тощекишечную кривизну, и переходит в брыжеечный отдел тонкой кишки. В редких случаях восходящая часть двенадцатиперстной кишки не выражена.

Фиксация двенадцатиперстной кишки осуществляется соединительнотканными волокнами, идущими от ее стенки к органам забрюшинного пространства. Значительную роль в фиксации двенадцатиперстной кишки играет брюшина, покрывающая кишку спереди, а также корень брыжейки поперечной ободочной кишки. Кроме того, для фиксации кишки имеет значение соединение ее с головкой поджелудочной железы. Наиболее подвижной частью является верхняя, так как она менее фиксирована, чем другие части, и, следуя за привратником, может свободно смещаться в стороны.

Начальная часть двенадцатиперстной кишки расширена - это ампула, или луковица. Слизистая ампулы, как и в привратнике желудка, имеет продольную складчатость, тогда как в остальных отделах двенадцатиперстной кишки складчатость циркулярная. Это связано с тем, что ампула развивается из передней первичной кишки, а остальная - из средней.

На медиальной стенке нисходящей части находится продольная складка, которая имеет вид валика и заканчивается большим сосочком (фатеровым сосочком <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D1%88%D0%BE%D0%B9\_%D1%81%D0%BE%D1%81%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%BA\_%D0%B4%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D1%86%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%BE%D0%B9\_%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%BA%D0%B8>), в который, через сфинктер Одди <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%84%D0%B8%D0%BD%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80\_%D0%9E%D0%B4%D0%B4%D0%B8>, открываются общий жёлчный проток <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D1%91%D0%BB%D1%87%D0%BD%D1%8B%D0%B5\_%D0%BF%D1%83%D1%82%D0%B8> и проток поджелудочной железы <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%B0> (у большинства, но не у всех людей он впадает в общий жёлчный проток, но у некоторых идёт отдельно). Расширение перед этим отверстием называется печеночно-поджелудочной ампулой. Выше фатерова сосочка на 8 - 40 мм может находиться малый дуоденальный сосочек <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D0%BB%D1%8B%D0%B9\_%D1%81%D0%BE%D1%81%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%BA\_%D0%B4%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D1%86%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%BE%D0%B9\_%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%BA%D0%B8>, через который открывается дополнительный проток <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%B9\_%D0%BF%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA\_%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B9\_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D1%8B> поджелудочной железы <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B0%D1%8F\_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%B0> (эта структура анатомически вариабельна).

Положение двенадцатиперстной кишки непостоянно, оно зависит от возраста, упитанности и других факторов. Уровень расположения отдельных частей двенадцатиперстной кишки по отношению к скелету также отличается вариабильностью.

Однако, наиболее часто верхняя часть двенадцатиперстной кишки начинается на уровне XII грудного - I поясничного позвонка, затем кишка идет слева направо (верхний изгиб) и вниз до III поясничного позвонка (нисходящая часть), после чего совершает нижний изгиб и следует параллельно верхней части, но уже справа налево (горизонтальная часть) до позвоночного столба на уровне II поясничного позвонка (восходящая часть).

Место перехода двенадцатиперстной кишки в тощую кишку, располагается слева от позвоночника, соответственно телу II поясничного позвонка.

Лимфатические сосуды, отводящие лимфу от двенадцатиперстной кишки, располагаются на передней и задней поверхностях головки поджелудочной железы. Различают передние и задние поджелудочно - двенадцатиперстные лимфатические узлы.

Передние поджелудочно - двенадцатиперстные узлы (10 - 12 узлов) располагаются спереди от головки поджелудочной железы, нисходящей и нижней частей двенадцатиперстной кишки. Они анастомозируют с центральными и средними брыжеечными узлами, с лимфатическими узлами, лежащими у верхнего края поджелудочной железы, а также с печеночными узлами, расположенными по ходу общей и собственной печеночной артерий.

Задние поджелудочно - двенадцатиперстные узлы (4 - 12 узлов) подразделяются на верхние и нижние. Эти узлы располагаются сзади на головке поджелудочной железы и стенке двенадцатиперстной кишки. Они соединены между собой многочисленными анастомозами и прилежат к чревным, печеночным и центральным брыжеечным лимфатическим узлам. Выносящие лимфатические сосуды задних поджелудочно - двенадцатиперстных лимфатических узлов идут спереди и сзади от левой почечной вены к предаортальным, левым латеро - аортальным и интераортокавальным узлам, а также участвуют в образовании кишечного лимфатического ствола.

Иннервация осуществляется ветвями, идущими от чревного, верхнего брыжеечного, печеночного и почечного сплетений. Нервные ветви, возникающие из этих сплетений, направляются вдоль верхних и нижних поджелудочно - двенадцатиперстных артерий, а также независимо от этих сосудов к стенке двенадцатиперстной кишки.

Таким образом, мы можем выделить основные анатомо - физиологические особенности пищеварительной системы. Важнейшей из них является то, что желудок - это орган, обеспечивающий нормальное пищеварение и жизнедеятельность организма человека. Также немаловажно, что от нормального функционирования пищеварительной системы во многом зависят рост и развитие ребенка.

Выполнение функций, необходимых для нормальной жизнедеятельности организма, обеспечивает желудку и двенадцатиперстной кишке одно из ведущих мест в системе пищеварения. Нарушения этих функции чреваты тяжелыми заболеваниями.

желудок сестринский ребенок язвенный

2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

.1 Этиология, патогенез, клиническая картина

Развитие язвенной болезни, по современным представлениям, обусловлено нарушением баланса между воздействием агрессивных факторов и механизмов защиты, обеспечивающих целостность слизистой оболочки желудка [5].

Важнейшим этиологическими факторами являются:

Наличие хеликобактериальных микроорганизмов.

. Нервно - эмоциональное перенапряжение (стресс).

. Генетическая предрасположенность, в том числе стойкое повышение кислотности желудочного сока конституционального характера.

. Воздействие на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки некоторых лекарственных средств (салицилаты, глюкокортикоиды и др.).

. Нарушения в режиме и качестве питания.

Лица с 0 (1) группой крови в 1, 5 раза чаще болеют язвенной болезнью.

В развитии заболевания играет роль сопутствующая патология (холецистит, панкреатит, аппендицит, энтероколит) и очаги хронической инфекции (тонзиллит, кариес, синусит).

В последние годы существенную роль в язвообразовании отводят Helicobacter pylori. Патофизиологические механизмы развития язв 12 - перстной кишки в 95 % случаев оказываются ассоциированными с Helicobacter pylori. Этиопатогенетические факторы приведены в приложение 1. После инфицирования ребенка они расселяются преимущественно в антральном отделе желудка, вызывая в этом участке слизистой оболочки активное хроническое воспаление [4]. Это приводит к нарушению регенерации слизистой оболочки повышению кислотообразования и сбросу кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку, в которой возникает закисление.

Развитие язвенной болезни рассматривается как результат взаимодействия экзогенных и эндогенных факторов, изменяющих равновесие между защитными (слизеобразование) и агрессивными (кислотность, бактериальный) факторами слизистой оболочки. Повреждение последней с образованием язв, воспаления связывают с преобладанием факторов агрессии над факторами защиты.

Клиническая картина определяется стадией заболевания и локализацией язвенных дефектов слизистой оболочки.

На основании клинико - эндоскопических сопоставлений выделяют 4 стадии болезни. Первая стадия (эндоскопически выявляется «свежая язва») характеризуется поздними болями, которые появляются спустя 2-4 ч после приема пищи. У абсолютного большинства детей отмечается ночные боли. Имеются четкий ритм болей («язвенноподобный») в зависимости от приема пищи: голод - боль - прием пищи - облегчение - голод - боль и т.д. Прием пищи лишь облегчает боли, но они полностью не исчезают. Боли носят приступообразный, колющий, режущий характер, нередко «отдают» в спину, поясничную область, правое плечо, лопатку. Пальпация живота затруднительна из - за болевого синдрома и активного напряжения мышц живота [7]. Отмечается положительный симптом Менделя. Имеются тошнота, отрыжка, изжога, рвота и запоры.

Во второй стадии (эндоскопически определяется начало эпителизации язвенного дефекта) ведущим симптомом является поздние боли, возникающие, как правило, днем. Изменяется характер болей: они становятся давящими, тянущими, ноющими. Становится возможной глубокая пальпация живота. Диспепсические явления выражены в меньшей степени.

В третьей стадии (эндоскопически - дефект в слизистой оболочки не определяется, но выявляются рубцы или участки грануляционной ткани) у детей имеется периодическая болезненность натощак и поздно вечером. При пальпации живота максимальная болезненность сохраняется в пилородуоденальной зоне. Диспепсические явления выражены умеренно.

В четвертой стадии (эндоскопически изменения слизистой оболочки не выявляются) дети чувствуют себя удовлетворительно, жалоб не предъявляют, однако при специальном исследовании могут быть выявлены остаточные изменения: деформация луковицы двенадцатиперстной кишки или выходного отдела желудка, высокий уровень кислотообразования.

Имеются клинические различия язвенной болезни в зависимости от локализации язвы.

Для язвенной болезни желудка, характерны ранние боли, возникающие непосредственно после приема пищи или спустя 20 - 30 минут. Отсутствует либо слабо выражена сезонность обострений заболевания [9]. Боли сопровождаются тошнотой, отрыжкой воздухом.

При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки боли поздние и «ночные», сопровождаются нейровегетативными изменениями и психоэмоциональными нарушениями. Отмечается сезонность обострений заболевания, чаще осенью и весной. Если язвы располагаются внелуковично (постбульбарно), то заболевание протекает наиболее тяжело. Оно характеризуется выраженными приступообразными болями, диспепсическими явлениями, быстрым развитием осложнений: кровотечений, перфорации (прободения), пенетрации, деформации луковицы двенадцатиперстной кишки.

Язвенное кровотечение возникает в том случае, если происходят дистрофические процессы в язвенном дефекте слизистой оболочки и разрушаются кровеносные сосуды. Интенсивность кровотечения зависит от диаметра поврежденного сосуда. При разрушении вены кровотечение не столь интенсивное, как при повреждении артерии. У детей с язвой желудка возникает рвота «кофейной гущи», но при хронической (каллезной) язве рвота может отсутствовать: при этом развивается железодефицитная анемия.

При дуоденальной локализации язвы рвоты обычно не бывает, но наблюдается жидкий черный стул (так называемая мелена). В результате кровотечения снижается артериальное давление, возникают общая слабость, шум в ушах, головокружение, сердцебиение, бледность кожных покровов, обморок и др.

Перфорация (прободение) язвы возникает остро, проявляется резкой болью в верхней половине живота, напоминающей удар кинжала. Напряжением передней брюшной стенки. Живот становится втянутым и твердым. Состояние больного ухудшается, возникает многократная рвота, нарастают симптомы интоксикации и обезвоживания организма. Прободению подвергаются чаще язвы желудка и передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Пенетрация проникновение язвы в соседние органы: в поджелудочную железу, желчные пути, печень, малый сальник. Пенетрация возникает при значительной величине язвы (1015 мм в диаметре). На фоне длительного и тяжелого течения язвенной болезни. Характерным является упорный болевой синдром. Боли не уменьшаются от приема антацидов, иррадиируют в спину, сопровождаются рвотой, не приносящей облегчения, изжогой. Появляются признаки воспаления - лейкоцитоз, повышаются температура тела и СОЭ.

Деформация и стеноз привратника являются наиболее частыми осложнениями при локализации язвы в привратнике и луковице двенадцатиперстной кишки. В случае стеноза привратника возникает препятствие для эвакуации пищи из желудка. На фоне существующих симптомов язвенной болезни появляются чувство тяжести и переполнения после еды, вздутие живота в верхних отделах.

2.2 Диагностика, осложнения

В диагностике язвенной болезни большое значение имеет правильно собранный анамнез и осмотр ребенка.

Ведущую роль в диагностике заболевания и его осложнений играет эндоскопическое исследование. Оно позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз язвенной болезни, точно определить локализацию, форму, глубину и размеры язвенного дефекта, оценить состояние дна и краев язвы, уточнить сопутствующие изменения слизистой оболочки, а также нарушения моторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки, обеспечивает возможность контроля за динамикой процесса.

УЗИ органов брюшной полости при язвенной болезни показано для диагностики сопутствующей патологии гепатобилиарной системы и поджелудочной железы.

Рентгенологический метод используют, прежде всего, для поиска осложнений течения язвенного процесса (рубцовая деформация органов, стенозы, конвергенция складок, моторно - эвакуаторные нарушения гастродуоденальной зоны). Обнаружение язвенной ниши служит прямым признаком заболевания и позволяет определить локализацию, размеры, глубину язвенного дефекта. У детей использование рентгенологических методов ограничено высокой лучевой нагрузкой и сравнительно меньшей диагностической значимостью этих методов.

Обязательные лабораторные исследования: клинический анализ крови, мочи и кала, исследование кала на скрытую кровь, биохимический анализ крови (концентрация общего белка, альбуминов, холестерина, глюкозы, амилазы, билирубина, железа, активности трансаминаз).

Для выявления инфицированности хеликобактериями применяют ПЦР - диагностику <http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/laboratory-gastroenterology/helicobacter-pcr> и уреазный дыхательный тест <http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/laboratory-gastroenterology/helicobacter-breath-test>.

Вспомогательное диагностическое значение имеют исследование пепсинообразующей функции желудка, оценка желудочного слизеобразования, изучение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки методом баллонной кимографии, определение уровня сывороточного гастрина и др.

Дифференциальный диагноз проводят главным образом с хроническим холециститом и хроническим панкреатитом [5]. При хроническом холецистите боли обычно возникают после приема жирной или жареной пищи, локализуются в правом подреберье, не имеют четкой периодичности, не уменьшаются после приема антацидных средств. При хроническом панкреатите боли локализуются преимущественно в левом или правом подреберье в виде «полукольца» или бывают опоясывающими, усиливаются вскоре после еды, сопровождаются нарушением функции кишечника. В том и в другом случае отсутствует сезонность обострений. Язвенная болезнь дифференцируют также с гастритом, дуоденитом, гастродуоденитом, хроническим колитом и др. При этом основным дифференциально - диагностическим критерием является обнаружение язвы или рубцово - язвенной деформации в желудке или двенадцатиперстной кишке. При обнаружении язвенного дефекта необходимо провести, кроме того, дифференциальный диагноз с язвами симптоматическими, а также исключить злокачественные образования.

При дифференциальной диагностике между доброкачественной язвой и первично - язвенной формой рака желудка, а также малигнизировавшейся язвой в пользу злокачественного характера образования могут свидетельствовать большие размеры дефекта (особенно у больных молодого возраста), локализация изъязвления на большой кривизне желудка, увеличенная СОЭ, гистаминоустойчивая ахлоргидрия. Злокачественные язвы обычно имеют неправильную форму, неровные бугристые края; слизистая оболочка вокруг язвы инфильтрирована, отмечается ригидность стенки желудка в зоне изъязвления. Решающую роль играет гистологическое исследование материала, полученного при прицельной биопсии. С учетом возможных ложноотрицательных результатов биопсию следует проводить многократно, вплоть до полного заживления язвы. При каждой процедуре необходимо исследовать не менее 3 - 4 кусочков ткани, полученных из разных отделов язвы.

Основные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки - это пенетрация, перфорация, кровотечение <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija\_gastroenterologia/gastrointestinal-bleeding> и сужение просвета кишки.

Язвенное кровотечение возникает, когда патологический процесс затрагивает сосуды желудочной стенки. Кровотечение может быть скрытым и проявляться только нарастающей анемией, а может быть выраженным, кровь может обнаруживаться в рвоте и проявляться при дефекации (черный или с кровавыми прожилками кал). В некоторых случаях произвести остановку кровотечения <http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/gastroduodenal-ulcer/gastroduodenoscopy> можно в ходе эндоскопического исследования, когда источник кровотечения иногда удается прижечь. Если язва глубокая и кровотечение обильное - назначают хирургическое лечение <http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/gastroduodenal-ulcer/>, в остальных случаях лечат консервативно, корректируя железодефицит. При язвенном кровотечении пациентам прописан строгий голод, питание парентеральное.

Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки (как правило, передней стенки) приводит к проникновению ее содержимого в брюшную полость и воспалению брюшины - перитониту. При прободении стенки кишки обычно возникает резкая режуще - колющая боль в эпигастрии, которая быстро становится разлитой, усиливается при смене положения тела, глубоком дыхании. Определяются симптомы раздражения брюшины (Щеткина -Блюмберга) - при надавливании на брюшную стенку, а потом резком отпускании боль усиливается [10]. Перитонит сопровождается гипертермией.

Это - экстренное состояние, которое без должной медицинской помощи ведет к развитию шока и смерти. Перфорация язвы - это показание к срочному оперативному вмешательству.

Пенетрация язвы - это глубокий дефект, поражающий стенку кишки с проникновением в смежные органы (печень или поджелудочную железу). Проявляется интенсивной болью колющего характера, которая может локализоваться в правом или левом подреберье, иррадиировать в спину в зависимости от месторасположения пенетрации. При изменении положения боль усиливается. Лечение в зависимости от тяжести консервативное, либо - при отсутствии результата - оперативное.

Стеноз просвета двенадцатиперстной кишки возникает при выраженном отеке изъязвленной слизистой или формировании рубца. При сужении просвета возникает непроходимость (полная или частичная) двенадцатиперстной кишки. Зачастую она характеризуется многократной рвотой. В рвотных массах определяется пища, принятая задолго до приступа. Также из симптоматики характерна тяжесть в желудке (переполнение), отсутствие стула, вздутие живота. Регулярная рвота способствует снижению массы тела и обменным нарушениям, связанным с недостаточностью питательных веществ. Чаще всего консервативное лечение ведет к уменьшению отечности стенок и расширению просвета, но при грубых рубцовых изменениях стеноз может приобрести постоянный характер и потребовать оперативного вмешательства.

2.3 Лечение, профилактика, диспансеризация

Лечение всегда комплексное, индивидуализированное с учетом этиологии, патогенеза, локализации язвы, характера течения заболевания, наличия осложнений, степени вовлеченности других органов и систем организма ребенка.

При обострении заболевания назначают постельный режим, особенно строгий в случае осложнений язвенной болезни. Необходимо создать больному состояние психического и физического покоя [11].

При выраженном обострении применяют строгую диету. Несмотря на известные ограничения, питание должно быть полноценным, пища должна быть легкоусвояемой и содержать достаточно белков, жиров, углеводов, минеральных солей и витаминов [6]. Нельзя допускать недоедания, что возможно в связи с боязнью некоторых больных есть больше из-за болей. Основной диетой язвенного больного, которую он соблюдает вне обострений длительное время, это диета по Певзнеру стол № 1а (Приложение 2). Она учитывает особенности язвенного процесса. Диетическое питание является основным фоном любой противоязвенной терапии.

Принцип дробного (4 - 6 - разового) питания должен соблюдаться независимо от фазы заболевания.

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 напитков можно рекомендовать слабый чай, чай с молоком или сливками.   
 Полезен отвар шиповника, который богат витаминами и оказывает легкое желчегонное действие. Пьют по 1 / 2 - 1 стакану 1 - 2 раза в день. Больным, страдающим запорами, рекомендуются отвары из пшеничных пищевых отрубей, содержащие витамин.

Из хлебобулочных изделий рекомендуется пшеничный белый хлеб вчерашней выпечки, несдобные булочки и печенье, бисквит; при переносимости - черные сухари [2]. Следует воздерживаться от клюквенного сока.

Запрещаются мясные и рыбные бульоны, крепкие овощные и особенно грибные отвары, консервы, маринады, соленья, острые блюда, каши, вермишель, копчености, сдобное тесто, черный хлеб, холодные и газированные напитки, кофе, какао, крепкий чай.

Фармакотерапия является одним из важных компонентов противоязвенной терапии. Сочетание антикислотных и антимикробных препаратов способствует более быстрому купированию симптомов болезни, ускоряет заживление язв и ослабляет побочные эффекты комбинированной антимикробной терапии.

Семидневные схемы

Омепразол (лосек, омез) 20 мг 2 раза в день утром и вечером, не позже 20 часов, с обязательным 12 - часовым интервалом детям старше 10 лет и по 10 мг 2 раза в день детям до 10 лет.

+ кларитромицин (клацид) по 250 мг 2 раза в день во время еды детям старше 12 лет и 7,5 мг / кг в день детям до 12 лет.

+ метронидазол (трихопол) по 500 мг 2 раза в день в конце еды детям старше 12 лет или 7, 5 мг / кг в день детям до 12 лет.

Омепразол + амоксициллин (флемоксин) по 0,5 - 1 г 2 раза в день в конце еды детям старше 12 лет и 20 мг / кг на 2-3 приема старше 12 лет и 20 мг / кг на 2 - 3 приема детям до 12 лет + метронидазол.

Омепразол + коллоидный субцитрат висмута (де - нол, вентрисол) по 120 мг 3 раза за 30 минут до еды и 4 - й раз спустя 2 часа после еды перед сном детям старше 7 лет и по 120 мг 2 раза в день детям до 7 лет.

+ амоксициллин или тетрациклина гидрохлорид по 10 - 12 мг / кг в день на 4 приема после еды детям старше 8 лет.

Десятидневная схема

Ранитидин (зантак) по 300 мг 2 раза в день утром и вечером, не позже 20 часов, с обязательным 12 - часовым интервалом детям старше 12 лет и 4 мг / кг детям до 12 лет или фамотидин (гастросидин) по 40 мг 2 раза в день детям старше 12 лет и по 20 мг 2 раза в день детям от 8 до 12 лет + коллоидный субцитрат висмута + метронидазол + амоксициллин или тетрациклина гидрохлорид.

После окончания этой комбинированной терапии детям с язвенной болезнью следует продолжить лечение еще в течение 4 - 7 недель с использованием ранитидина (зантак) по 150 - 300 мг в 19 - 20 часов или фамотидина (гастросидин) по 20 - 40 мг в 19 - 20 часов.

В периоде обострения заболевания проводят витаминотерапию. Применяют седативные средства. Восстановление моторно - эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки достигается назначением домперидона или цизаприда.

Особую тактику лечебных мероприятий применяют у детей с осложненным течением язвенной болезни. При желудочно - кишечном кровотечении необходимо строжайшее соблюдение 3 принципов: холод, голод и покой. Ребенка необходимо транспортировать только на носилках. На область желудка кладут резиновый баллон со льдом, осуществляют местную гемостатическую терапию, для чего желудок промывают «ледяными» растворами (Приложение 3). Проводят экстренную эзофагогастродуоденоскопию, устанавливают источник кровотечения эндоскопический, эндоваскулярный гемостаз. Центральным звеном в лечении кровотечений является проведение инфузионно - трансфузионной заместительной терапии - переливание крови, кровезаменителей. При отсутствии эффекта больной подлежит хирургическому лечению.

При перфорации язвы, пенетрации язвы, рубцовом стенозе привратника детей переводят в отделение хирургии для оперативного лечения.

В системе этапного лечения важная роль принадлежит курортным и преформированным физиотерапевтическим факторам.

Исследователями, прежде всего, отечественных курортологов и физиотерапевтов показано благоприятное влияние физических факторов на клиническое течение язвенной болезни, трофику желудка, функциональное состояние гастродуоденальной области и других органов пищеварения.

Эффективность физических факторов на курорте более высока, т.к. на организм больного оказывается комплексное воздействие целого ряда факторов (климат, ландшафт, диетическое питание, ЛФК, отдых).

Применение курортных и физиотерапевтических факторов показано при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии, неполной ремиссии, затухающего обострения, при этом больные преимущественно направляются на курорты группы Кавказских Минеральных вод, располагающие питьевыми водами и лечебной грязью. Больные с противопоказаниями для лечения в санаториях на Кавминводах направляются на местные санатории.

Показаны немедикаментозные методы лечения: фитотерапия, рефлексотерапия, бальнеотерапия, лазеротерапия, использование минеральных вод, физиотерапия и др.

После выписки из стационара больных ставят на диспансерный учет. Для предупреждения обострений заболевания в осеннее - зимнее и зимнее - весеннее время года проводят противорецидивное лечение [8]. Оно включает в себя вначале полупостельный режим, более строгую диету, применение антацидных препаратов, витаминов, при необходимости-физиотерапевтическое лечение. Учитывая частоту содружественного поражения других органов и систем, у детей необходимо проводить санацию очагов хронической инфекции.

Прогноз серьезный, особенно если у детей имеются множественные язвенные дефекты слизистой оболочки, или язва (язвы) располагается за луковицей двенадцатиперстной кишки. В этих случаях у детей заболевание протекает более тяжело и нередко осложняются. Внимания требуют больные с реинвазией хеликобактерной инфекции. Детям, перенесшим оперативные вмешательства, оформляется инвалидность.

Профилактика язвенной болезни <http://vitaportal.ru/pischevaritelnaya-sistema/yazva-zheludka.html> позволяет предотвратить это распространенное и опасное своими осложнениями заболевание, а также избежать рецидивов в том случае, если человек уже болен. Различают первичную и вторичную профилактику язвенной болезни.

Первичная профилактика язвенной болезни заключается в устранении возможных факторов риска, нормализации алиментарного режима (режима и рациона питания) и поддержании на должном уровне здоровья организма в целом. Методы первичной профилактики язвенной болезни:

. Соблюдение гигиены ротовой полости, своевременное лечение зубов и десен. Больные зубы - это входные ворота для инфекции, а кроме того, больные зубы не дают возможности должным образом пережевывать пищу, что приводит к повышенной нагрузке на желудок.

. Организация правильного режима и рациона питания. Следует выработать привычку принимать пищу ежедневно в одно и то же время. Кроме того, рекомендуется исключить из рациона или же ограничить употребление копченостей, чрезмерно острой, пряной и соленой пищи. Кулинарная обработка блюд должна быть щадящей - без сильного зажаривания и пересушивания блюд. Газированные напитки, очень горячую или, наоборот, очень холодную пищу также следует исключить.

. Профилактика авитаминоза.

. Отказ от вредных привычек (курение, употребление алкоголя).

. Профилактика и лечение гормональных нарушений.

. Дозированные физические нагрузки, рациональная организация распорядка дня.

. Отказ от частого приема лекарственных препаратов (по возможности), особенно бессистемного приема и самоназначения лекарств.

. Профилактика заражения Helicobacter pylori - использование индивидуальной посуды, полотенец, ограничение поцелуев.

Кроме того, для предотвращения язвенной болезни очень важен психологический комфорт: иногда стрессы <http://vitaportal.ru/disease/stress.html> и нервные расстройства также могут стать причиной развития заболевания.

Вторичная профилактика язвы желудка подразумевает обязательную диспансеризацию. В осенний и весенний периоды рекомендуется проводить курсы противорецидивного лечения. Гастроэнтеролог назначает необходимые физиотерапевтические процедуры, лекарственные препараты, приемы минеральной воды, фитотерапию.

Больному необходимо проходить санаторно - курортное профилактическое лечение язвы в профильных учреждениях. Соблюдать, приписанную гастроэнтерологом диету [2]. Санировать хронические очаги инфекции, которые могут стать причиной обострения язвы. Постоянный мониторинг состояния язвы, как инструментальный, так и лабораторный. Это поможет в краткие сроки выявить начало обострения заболевания и начать лечение. Необходимо придерживаться всего комплекса мер профилактики, что и при первичной профилактике.

Дети с язвенной болезнью должны находиться на диспансерном учете пожизненно, при котором им проводится противорецидивное лечение, включающее антисекреторные и антихеликобактерные средства, репаранты (улучшающие процессы регенерации), симптоматические средства [9].

Важным моментом является ликвидация семейного очага хеликобактерной инфекции, для этого следует рекомендовать родителям пройти обследование на наличие Helicobacter pylori и при его выявлении одновременно с ребенком пролечиться.

В качестве основного критерия определения объёма оздоровительных мероприятий при групповой системе диспансеризации используется стадия заболевания, в зависимости от которой выделяются следующие группы диспансерного учёта детей с гастроэнтерологической патологией:

группа А (1 - я группа учёта) - стадия стойкой клиниколабораторноэндоскопической ремиссии; срок наблюдения за детьми до 18 лет с последующей передачей больного под наблюдение терапевта;

группа Б (2 - я группа учёта) - стадия стойкой клинической и неполной лабораторноэндоскопической ремиссии; клиниколабораторные признаки заболевания отсутствуют в течение 12 лет (при хроническом гепатите - 23 года);

группа В (3 - я группа учёта) - стадия реконвалесценции (неполной клиниколабораторноэндоскопической ремиссии); минимальный срок наблюдения в этой группе (после выписки из стационара) - 1 год;

группа Г (4 - я группа учёта) - стадия обострения болезни.

Во всех группах диспасерного учёта наряду с целенаправленным проведением восстановительного лечения необходимо регулярно санировать хронические очаги инфекции [7]. Эффективность восстановительного лечения детей с гастроэнтерологической патологией оценивается не только по исчезновению клинических симптомов заболевания, но и по динамике движения больных по группам диспансерного учёта. Увеличение числа больных группа А и группы Б свидетельствует о положительном эффекте диспансеризации, а увеличение больных группы В и группы Г - о неудовлетворительном результате. Для каждой группы диспансерного учёта (А, Б, В, Г) больных детей в зависимости от характера заболевания определены клинические критерии, необходимый набор диагностических исследований, лечебно - профилактических мероприятий и др.

Основные критерии и положения при групповой системе диспансеризации детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки представлены ниже.

Минимальный срок наблюдения:

группа А - до 14летнего возраста;

группа Б - неопределённый срок, до перевода пациентов в группу А;

группа В - в течение 1 года после выписки из стационара (при условии благоприятного течения заболевания);

группа Г - в течение полного курса обследования и лечения в условиях стационара и достижения эффекта.

Кратность наблюдения:

группа А - 1 раз в год;

группа Б - 1 раз в 6 месяцев (весной и осенью);

группа В - 1 раз в 3 месяца (весной и осенью - ежемесячно);

группа Г - в течение всего периода декомпенсации.

Контрольнодиагностические исследования:

группа А - по показаниям;

группа Б - рентгенологическое исследование, клинический анализ крови, реакция Грегерсена, ФГДС - по показаниям, рНметрия - 12 раза в год;

группа В - рентгенологическое исследование, клинический анализ крови, реакция Грегерсена, ФГДС, рНметрия - 2 раза в год;

группа Г - рентгенологическое исследование, желудочное зондирование, ФГДС, морфологическое исследование слизистой оболочки желудка, двенадцатиперстной кишки - по показания, исследование экзосекреторной функции поджелудочной железы.

Противорецидивное лечение:

группа А - оздоровительный лагерь санаторного типа;

группа Б - 23 раза в год (зима, весна, осень): 34 недельный курс викалина и поливитаминов, седативные средства, минеральная вода, физиотерапия, санаторное лечение;

группа В - профилактические приём блокаторов Н2 рецепторов гистамина, противоязвенных препаратов в течение 14 месяцев после выписки из стационара (или в ближайший осеннее - весенний период), диета 1, седативные средства, минеральная вода, физиотерапия (3 раза в год), санаторий;

группа Г - лечение в условиях стационара.

Группы для занятий физкультурой:

группа А - основная; группа Б - подготовительная; группа В - специальная;

группа Г - лечебная физкультура.

Таким образом, углубив и систематизировав теоретические аспекты и особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, были составлены необходимые рекомендации для профилактики данного заболевания.

3. РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

3.1 Сестринский уход

Сестринский процесс раскрывает сестринскую деятельность на современном уровне. Медсестра должна быть компетентной, способной мыслить, анализировать. Поэтому сестринский процесс - это образ мышления и действий медсестры.

Сестринский процесс - это организованная структура, необходимая для наблюдения, ухода, выполнения назначений врача. Это метод организации и оказания сестринской помощи, который обычно включает в себя больного и медицинскую сестру в качестве взаимодействующих лиц. Сестринский процесс представлен на основании клинической ситуации в приложении 10.

Сестринский процесс ухода за больными состоит из трех основных частей:

. цель;

. организация;

. творческие способности;

Целью сестринского процесса можно назвать то, на достижение чего он направлен. Цели сестринского процесса включают:

. определение потребностей пациента в уходе;

. определение приоритетов по уходу, целей и ожидаемых результатов ухода;

. составление плана ухода за больными, направленного на удовлетворение потребностей пациента;

. оценка эффективности сестринского ухода;

Организационная структура сестринского процесса состоит из пяти этапов:

. сестринское обследование - сбор информации о состоянии здоровья пациента;

. сестринская диагностика - определение и обозначение существующих и потенциальных проблем пациента, требующих сестринского вмешательства;

. планирование ухода за пациентом - определение программы действий, определение целей и задач сестринской помощи и формулирование плана сестринского ухода;

. реализация (выполнение) плана ухода - действия (вмешательства), необходимые для осуществления плана;

. оценка достижения целей и ожидаемых результатов - исследование реакций пациента на вмешательства медсестры, определение степени достижения поставленных целей, определение качества оказания сестринской помощи;

Творческие способности - это сам сестринский процесс, углубление и расширение имеющихся знаний, умения медсестры клинически мыслить, искусство ухода.

Первая этап сестринского процесса - обследование. Обследование - прежде всего получение информации о состоянии здоровья пациента и создание информационной базы о нём и о состоянии его здоровья.

Для организации и осуществления качественного индивидуального ухода медицинская сестра собирает информацию о пациенте. При сборе информации необходимо использовать следующие источники данных:

. пациент (лучший источник);

. семья (если перед нами ребенок, больной в бессознательном состоянии или умственной отсталости, психически больной);

. другие специалисты в области медицины;

. медицинская и справочная литературы;

. медицинская документация.

Данные могут быть объективными и субъективными. Субъективные данные включают предположения пациента о состоянии здоровья, которые могут быть выражены словам, мимикой, жестами, это чувства и эмоции. Объективные данные включают наблюдение и данные, полученные сестрой во время исследования (температура тела, артериальное давление, пульс, цвет кожи и слизистых и т.д.).

Чтобы собрать субъективную информацию, медсестра проводит интервьюирование пациента - расспрос. Расспрос должен быть тщательным и целенаправленным. Он включает в себя выявление жалоб, истории настоящего заболевания, перенесенных заболеваний, истории жизни, аллергологического анамнеза, а также выявление других проблем, волнующих пациента (психологические данные, социальные, духовные, данные об окружающей среде). Интервью - это первый шаг в установлении контакта между медсестрой и пациентом. Взаимоотношения между медсестрой и пациентом должны основываться на понимании проблем пациента, заботы о нем и доверии друг к другу. От того, какими будут отношения, нередко зависит исход заболевания.

На первом этапе установления взаимоотношения между медсестрой и пациентом, медсестра должна представиться, сообщить цель беседы, убедить пациента, что их беседа носит сугубо конфиденциальный характер. Насколько умело сестра сможет расположить пациента к необходимому разговору, настолько полноценна будет полученная ею информация.

Второй этап - рабочая часть (сам расспрос), к которому необходимо подготовиться: познакомиться с документацией пациента о настоящем заболевании, чтобы расспрос был целенаправленным; подготовить вопросы. Расспрос дает возможность наблюдать за пациентом, и медсестра может определить согласуется ли данные, полученные в процессе наблюдения с теми, которые получены при вербальном общении.

При расспросе пациент тоже получает информацию, которая его интересует: о медицинских работниках, методах лечения, предстоящем обследовании. После расспроса устанавливается обратная связь - медсестра сообщается ту информацию, которую она от него получила.

Чаще всего пациенты, страдающие язвенной болезнью, предъявляют следующие жалобы:

боль в животе,

тошнота,

рвота,

изжога,

отрыжка,

запоры спастического характера,

нарушение сна,

повышенная раздражительность.

Затем необходимо провести тщательный осмотр больного, при этом необходимо определить его состояние, положение в постели, состояние сознания, телосложения, поведения, контактность.

После сбора субъективных и объективных данных их еще раз следует проверить, чтобы убедиться в их точности. Затем данные обследования группируют и выделяют те, на которые в первую очередь следует обратить внимание. Все заносят в сестринскую историю болезни.

Медицинская сестра выясняет также следующую информацию:

. семейный анамнез (генетическая предрасположенность);

. наличие хронических заболеваний (хронический гастрит, дуоденит);

. данные об окружающей среде (стрессовые ситуации, характер работы пациента);

. наличие вредных привычек (курение, употребление крепких алкогольных напитков);

. употребление некоторых медикаментозных средств (ацетилсалициловая кислота, бутадион, индометацин);

. данные о питании пациента (неправильное питание).

В основе сестринского обследования лежит учение о человеческих потребностях. Потребность - это психологический и физиологический дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека. Существует несколько классификаций потребностей. Согласна классификации американской медицинской сестры Вирджинии Хендерсон, у данного пациента нарушены следующие жизненно важные потребности: питание и употребление жидкости, физиологические отправления, сон и отдых, поддержание температуры тела и возможность ее регулирования, соблюдение личной гигиены, обеспечение собственной безопасности, отдых и развлечения, потребность в получении информации.

На втором этапе сестринского процесса устанавливаются и формулируются сестринские проблемы пациента. Цель данного этапа сложна и многообразна. Она заключается, во - первых, в определении проблем, возникающих у пациента как своего рода ответные реакции организма на его состояние, в том числе и болезнь. Во - вторых, в установлении факторов, способствующих или вызывающих развитие этих проблем. В - третьих, в выявлении сильных сторон пациента, которое способствовали бы предупреждению или разрешению его проблем.

Проблемы могут быть: физиологические: (неправильное питание, острая боль, запор, слабость); психологические (дефицит знаний об особенностях питания (злоупотребление соленой, острой пищей, нарушение режима питания), неумение преодолевать стресс, незнание факторов риска язвенной болезни, непонимание необходимости изменить образ жизни, беспокойство по поводу исхода заболевания, незнание осложнений язвенной болезни, дефицит знаний о язвенной болезни, непонимание необходимости регулярного приема назначенных лекарств); социальные (чрезмерное употребление алкоголя, курение (20 сигарет в день); духовные.

Различают также проблемы настоящие (те, которые беспокоят пациента в данный момента) и потенциальные (которые еще не существуют, но могут появится с течением времени) (Приложение 4).

Таким образом, медсестра должна уловить все настоящие или возможные в будущем отклонения от комфортного, гармонического состояния пациента и постараться в пределах своей сестринской компетенции ему помочь. Задайте себе вопрос: «Что я, как медицинская сестра, могу сделать для облегчения состояния этого больного?»

Обдумав ситуацию, медсестра выписывает в сестринскую историю болезни все проблемы пациента. Затем устанавливает приоритеты. Приоритетные - это первоочередные, самые важные проблемы пациента.

Приоритеты необходимы для установления очередности сестринских вмешательств и распределения времени и сил медсестры, их не должно быть много.

На 3 этапе сестра приступает к планированию сестринской деятельности. Во время планирования отдельно для каждой приоритетной проблемы формулируются цели и план ухода. Медицинская сестра разрабатывает индивидуальный план сестринских вмешательств. Но обязательно, обсуждая с пациентом ситуации и возможные способы ее исправления, медицинская сестра должна учитывать очень важный момент: пациент имеет право согласиться или отказаться от предлагаемого ухода после получения необходимой информации. Значит, он должен быть проинформирован обо всем, что с ним случилось, что с ним будут делать, о том, что он должен будет делать сам, а что его близкие, и дать на это согласие. Желательно, чтобы согласие пациента было зафиксировано в сестринском документе.

Сестра решает все проблемы, которые ставит, и с которыми пациент согласен, в порядке их значимости, начиная с самых важных и далее по порядку.

План сестринских вмешательств по приоритетной проблеме: боль в эпигастральной области, возникающая после приёма пищи.

Краткосрочная цель: пациент отметит снижение боли до 5 баллов к концу 3 дня пребывания в стационаре, вследствие проведенных мероприятий.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на боль в эпигастральной области к моменту выписки из стационара, после проведенного лечения.

|  |  |
| --- | --- |
| Планирование | Мотивация |
| 1.Обеспечить лечебно-охранительный режим. | 1. Для улучшения психоэмоционального состояния пациента, профилактики желудочного кровотечения. |
| 2. Обеспечить питанием пациента в соответствии с диетой № 1а. | 2. Для физического, химического и механического щажения слизистой желудка пациента. |
| 3. Обеспечить и обучить приему лекарственных препаратов по назначению врача. | 3. Для достижения полного взаимопонимания между медицинским персоналом и пациентом, и эффективного действия препаратов. |
| 4. Провести повторную оценку боли по 10-ти бальной шкале. | 4. Для фиктивности проводимых вмешательств. |
| 5. Объяснить пациенту суть его заболевания, рассказать о современных методах диагностики, лечения и профилактики. | 5. Для снятия тревожного состояния, повышения уверенности в благоприятном исходе лечения. |
| 6. Обеспечить правильную подготовку пациента к ФГДС и желудочному зондированию. | 6. Для повышения эффективности и точности диагностических процедур. |
| 7. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания с достаточным содержанием витаминов. | 8. Для повышения иммунных сил организма. |
| 9. Наблюдать за внешним видом и состоянием пациента (пульс, АД, характер стула), 3 раза в день: 08:00, 13:00, 17:00. | 9. Для раннего выявления и своевременного оказания неотложной помощи при осложнениях (кровотечение, перфорация). |

Настоящая проблема: рвота, возникающая после приёма пищи.

Краткосрочная цель: у пациента прекратится рвота к концу 2 дня пребывания в стационаре, после проведенного лечения.

|  |  |
| --- | --- |
| Планирование | Мотивация |
| 1. Обеспечение лечебно-охранительного режима. | 1. Для психологического и эмоционального спокойствия. |
| 2. Придать удобное положение пациенту при рвоте. | 2. Для предупреждения аспирации рвотных масс. |
| 3. Обеспечить гигиену полости рта после каждого акта рвоты. | 3. Для предупреждения аспирации рвотных масс. |
| 4. Обеспечить пациенту обильное питье. | 4. Для восстановления потерянной жидкости и предотвращения обезвоживания. |
| 5. Обучить пациента методике расслабления и глубокому дыханию. | 5. Для урежения позывов и рвоты. |
| 6. Обеспечить применение противорвотных средств по назначению врача. | 6. Для прекращения рвоты. |

Настоящая проблема: отсутствие аппетита.

Краткосрочная цель: у пациента улучшится аппетит, к концу первой недели пребывания в стационаре, после проведенного лечения.

Долгосрочная цель: у пациента восстановится аппетит, к моменту выписки из стационара, после проведенного лечения.

|  |  |
| --- | --- |
| Планирование | Мотивация |
| 1. Обеспечить пациента диетическим питанием с повышенным содержанием витаминов в соответствии с диетой № 1а. | 1. Для улучшения питания пациента. |
| 2. Провести беседу с родственниками о необходимости обеспечения пациента продуктами питания, содержащими витамины. | 2. Для эффективного лечения заболевания, восполнения дефицита витаминов в организме. |
| 3. Обеспечить пациенту свежим воздухом (проветривание помещений). | 3. Для лучшей оксигенации крови и стимуляции кроветворения, повышения аппетита. |
| 4. Дать рекомендации по приему горечей пищи. | 4. Для стимуляции аппетита и желудочной секреции. |
| 5.Наблюдать за внешним видом, состоянием пациентки, пульсом, АД, ЧДД, 3 раза в день: 08:00, 13:00, 17:00. | 5. Для ранней диагностики осложнений со стороны сердечно -сосудистой системы. |
| 6. Контролировать деятельность кишечника. | 6. С целью предупреждения запоров. |
| 7. Осуществлять уход за полостью рта. | 7. Для предупреждения аспирации рвотных масс. |

Настоящая проблема: изжога, связанная с повышенной кислотностью.

Краткосрочная цель: у пациента не будет изжоги через 40 минут после приёма лекарственного препарата.

Долгосрочная цель: пациент не будет ощущать изжоги к моменту выписки из стационара после проведённых мероприятий.

|  |  |
| --- | --- |
| Планирование | Мотивация |
| 1. Обеспечение лечебно-охранительного режима. | 1. Для психологического и эмоционального спокойствия. |
| 2. Обеспечить прием стакана теплого молока, щелочной минеральной воды без газа. | 2. Для понижения кислотности желудочного сока |
| 3. Обеспечить пациенту лекарственные препараты в соответствии с назначением врача. | 3. Для уменьшения изжоги. |
| 4. Рекомендовать пациенту отказаться от приема продуктов, вызывающих изжогу. | 4. Для предотвращения приступов изжоги. |
| 5. Беседа с пациентом о причинах возникновения изжоги. | 5. Для повышения информирования пациента. |

Настоящая проблема: слабость, вследствие нарушения пищеварения и вынужденного ограничения в питании.

Краткосрочная цель: у пациента снизится слабость к концу недели пребывания в стационаре, после проведенного лечения.

Долгосрочная цель: Пациент не будет испытывать чувство слабости к моменту выписки из стационара, после проведенного лечения.

|  |  |
| --- | --- |
| Планирование | Мотивация |
| 1. Обеспечение достаточного ночного и дневного сна. | 1. Для восстановления работоспособности, активации защитных сил. |
| 2. Обеспечение достаточного питания с повышенным содержанием белка, витаминов, микроэлементов. | 2. Для повышения защитных сил организма, повышения уровня специфических антител, активизации репаративных процессов. |
| 3. Обеспечение доступа свежего воздуха в помещение, проветривание. | 3. Для улучшения аэрации легких, ликвидации гипоксии. |
| 4. Прогулки и умеренная физическая нагрузка на свежем воздухе. | 4. Для повышения аппетита, активизации защитных сил организма. |
| 5. Контроль за выполнением комплекса дыхательных упражнений. | 5. Для улучшения микроциркуляции в легких. |
| 6. Проведение беседы с пациентом о необходимости медикаментозного лечения, объяснение правил приема препаратов и их побочных эффектов. | 6. Для повышения эффективности лечения, что приведет к ликвидации слабости. |

Настоящая проблема: отсутствие знаний о мерах профилактики запоров.

Краткосрочная цель: пациент продемонстрирует знания способов регуляции стула через 2 дня после проведённой беседы.

|  |  |
| --- | --- |
| Планирование | Мотивация |
| 1. Провести беседу с пациентом о способах и приёмах регуляции кратности стула, вреде злоупотребления слабительными без назначения врача. Порекомендовать специальную литературу по этому вопросу. | 1. Право пациента на информированное согласие. |
| 2. Порекомендовать включить в рацион питания больше овощей и фруктов, чернослива, инжира, растительного масла. | 2. Данные продукты обладают послабляющим эффектом. |
| 3. Порекомендовать добавлять в блюда небольшое количество распаренных отрубей. | 3. Стимуляция работы кишечника. |
| 4. Порекомендовать употреблять не менее 1,5 л литров жидкости за сутки. | 4. Нормализация консистенции стула. |
| 5. Порекомендовать выполнять упражнения ЛФК, и обучит пациентку приемам массажа живота. | 5. Стимуляция работы кишечника. |

Настоящая проблема: тревога, связанная с дефицитом знаний о своем заболевании.

Краткосрочная цель: у пациента не будет тревоги, связанной с дефицитом знаний о своем заболевании после проведенной психологической беседы.

|  |  |
| --- | --- |
| Планирование | Мотивация |
| 1. Провести беседу с пациентом об особенностях течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. | 1. Убедить в благоприятном прогнозе при данном заболевании. |
| 2. Рассказать пациенту об особенностях питания и образа жизни при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. | 2. Убедить, что правильное питание и образ жизни помогут предотвратить ухудшение самочувствия. |
| 3. Рассказать пациенту о диспансерном наблюдении и противорецидивном лечении. | 3. Объяснить, что поддерживающие курсы антацидных препаратов можно применять на дому. |
| 4. Познакомить пациента с человеком, страдающим язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, но полностью адаптированным к своему заболеванию. | 4. Положительное влияния чужого примера. |
| 5.Провести беседу с семьей пациента о необходимости психологической поддержки. | 5.Обеспечение психологической поддержки родственников. |
| 6. Подобрать популярную литературу о данном заболевании. | 6.Закрепление полученной в процессе бесед информации о болезни. |

На 4 этапе сестринского процесса осуществляется реализация плана ухода. После того, как план ухода уже выработан, медсестра приступает к его выполнению, т.е. проводит то или иное сестринское вмешательство. Выполняет врачебные назначения, готовит пациентов к различным исследованиям, осуществляет забор биологического материала на следование, организует необходимые консультации, при необходимости обучает пациентов и членов его семьи.

Целью данного этапа является обеспечение соответствующего ухода за пациентами, оказание помощи в выполнение жизненных потребностей. На данном этапе медицинская сестра обучает пациента, постоянно вдохновляет, ободряет и успокаивает его. По мере того, как выполняются сестринские вмешательства, все свои действия по решению данной проблемы медицинская сестра записывает в сестринскую историю болезни (Приложение 6).

На пятом этапе сестринского процесса медицинская сестра оценивает эффективность сестринского вмешательства и степень достижения поставленной цели и при необходимости производит корректировку. Его целью является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов. Оценка эффективности и качества ухода должна проводится медсестрой постоянно, что требует от медсестры знаний, умений мыслить аналитически при сравнении ожидаемых результатов с достигнутыми.

В завершении медицинская сестра сообщает пациенту результат оценки: он должен знать, насколько успешно справился с поставленной задачей.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Краткосрочные цели | Долгосрочные цели | Оценка эффективности |
| Краткосрочная цель: пациент отметит снижение боли до 5 баллов к концу 3 дня пребывания в стационаре, вследствие проведенных мероприятий. | Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на боль в эпигастральной области к моменту выписки из стационара, после проведенного лечения. | Оценка эффективности: больной отмечает исчезновение болей, Цель достигнута. Оценка +. |
| Краткосрочная цель: у пациента прекратится рвота к концу 2 дня пребывания в стационаре, после проведенного лечения. |  | Оценка эффективности: цель и ожидаемые результаты достигнуты; рвота исчезла. Оценка +. |
| Краткосрочная цель: у пациента улучшится аппетит, к концу первой недели пребывания в стационаре, после проведенного лечения. | Долгосрочная цель: у пациента восстановится аппетит, к моменту выписки из стационара, после проведенного лечения. | Оценка эффективности: у пациента появился аппетит, пациент соблюдает назначенную диету и режим, знает правила приема лекарств. Цель достигнута. Оценка +. |
| Краткосрочная цель: у пациента не будет изжоги через 40 минут после приёма лекарственного препарата. | Долгосрочная цель: пациент не будет ощущать изжоги к моменту выписки из стационара после проведённых мероприятий. | Оценка эффективности: цель и ожидаемый результат достигнуты. У пациента не отмечается изжога. Оценка +. |
| Краткосрочная цель: у пациента снизится слабость к концу недели пребывания в стационаре, после проведенного лечения. | Долгосрочная цель: Пациент не будет испытывать чувство слабости к моменту выписки из стационара, после проведенного лечения. | Оценка эффективности : пациент чувствует улучшение самочувствия, повысится физическая выносливость. Цель достигнута. Оценка +. |
| Краткосрочная цель: пациент продемонстрирует знания способов регуляции стула через 2 дня после проведённой беседы. |  | Оценка эффективности: пациент демонстрирует знания способов регуляции стула. Цель достигнута. Оценка +. |

3.2 Реабилитация

Медицина располагает в настоящее время эффективными средствами лечения язвенной болезни, и при правильно проводимом курсе лечения, при соблюдении всех гигиенических рекомендации можно добиться стойкого улучшения или как называют врачи, ремиссии, когда пациента можно считать практически здоровым.

Соблюдение в последующем рационального режима, целесообразной диеты позволит не только месяцы, но и годы сохранять хорошее состояние без признаков обострения [5].

Для получения таких хороших результатов, необходимо проводить комплексное лечение, то есть сочетать лечение медикаментозное с диетическим, физиотерапевтическим и другими видами лечения.

В реабилитационные центры направляются больные для проведения заключительного этапа восстановительной терапии. Проводимое лечение здесь направлено на мобилизацию адаптационно - приспособленных возможностей организма, закрепление достигнутых в стационаре или поликлинике сдвигов, повышение работоспособности, завершение подготовки больного к активной профессионально - общественной деятельности.

В комплекс входит:

. диетическое лечение, направленное на дальнейшее расширение рациона, используя тренирующий эффект;

. лечебная гимнастика в зале и в бассейне с подбором индивидуальных двигательных режимов;

. использование местной питьевой минеральной воды;

. бальнео - грязелечение;

. физиотерапевтические процедуры;

. продолжение медикаментозного лечения с постепенным уменьшением дозировки препаратов до полной отмены или до перевода на профилактизирующие дозы (если принято решение о проведении профилактики);

. психотерапевтические воздействия с целью поднятия эмоционального тонуса, борьбы с вредными привычками, улучшения сна, осуществления психологической подготовки больного к трудовой деятельности.

Реабилитацию язвенной болезни входит лечебная физкультура. ЛФК при язвенной болезни способствует регуляции процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга, улучшает пищеварение, кровообращение, дыхание, окислительно - восстановительные процессы, положительно влияет на нервнопсихическое состояние больного.

При выполнении физических упражнений щадят область желудка и двенадцатиперстной кишки. 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.

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

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 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.

Занятия ЛФК сначала проводят применительно к постельному режиму. В первые занятия необходимо научить больного брюшному дыханию при небольшой амплитуде колебаний брюшной стенки. Эти упражнения, вызывая незначительные изменения внутрибрюшного давления, содействуют улучшению кровообращения и нежному массажу органов брюшной полости, уменьшению спастических явлений и нормализации перистальтики. Движения в крупных суставах конечностей выполняют сначала с укороченным рычагом и небольшой амплитудой. Можно использовать упражнения в статических напряжениях мышц пояса верхних конечностей, брюшного пресса и нижних конечностей. Поворачиваться в постели и переходить в положение сидя необходимо спокойно, без значительных напряжений. Продолжительность занятий ЛГ 8 - 12 мин.

При заметном стихании болей и других явлений обострения, исчезновении или уменьшении ригидности брюшной стенки, уменьшении болезненности и улучшении общего состояния назначают палатный режим (примерно через 2 недели после поступления в стационар). Упражнения из И.П. лёжа, сидя, стоя, в упоре стоя на коленях выполняют с постепенно возрастающим усилием для всех мышечных групп (за исключением мышц брюшного пресса), с неполной амплитудой, в медленном и среднем темпе. Допускаются кратковременные умеренные напряжения мышц брюшного пресса в положении лёжа на спине. Постепенно углубляется диафрагмальное дыхание. Продолжительность занятий ЛГ 15 - 18 мин.

После исчезновения болей и других признаков обострения, при отсутствии жалоб и общем удовлетворительном состоянии назначают свободный режим. В занятиях ЛГ используют упражнения для всех мышечных групп (щадя область живота и исключая резкие движения) с возрастающим усилием из различных исходных положений. Включают упражнения с гантелями (0,5 - 2 кг), набивными мячами (до 2 кг), упражнения на гимнастической стенке и скамейке. Диафрагмальное дыхание осуществляется с максимальной глубиной. Ходьба доводится до 2 - 3 км в день, ходьба по лестнице - до 4 - 6 этажей, желательно прогулки на открытом воздухе. Продолжительность занятия ЛГ 20 - 25 мин.

Комплекс ЛФК для больных язвенной болезнью желудка представлен в приложение 6.

При лечении желудочно - кишечных заболеваний широкое применение нашли немедикаментозные методы. Наибольшее распространение получил массаж. Он оказывает противовоспалительное действие, нормализует психоэмоциональное состояние, сон, иммунитет, обменные процессы в тканях и др. Чаще всего применяется классический массаж.

Поскольку при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки происходят сезонные обострения, массаж проводят в подострой фазе или в фазе затухающего обострения и неполной ремиссии I, II и III стадии легкой, средней и тяжелой степени.

Методика проведения массажа при язвенной болезни желудка представлена в приложении 7.

Использование физиотерапии при язвенной болезни желудка являются актуальными в настоящее время. Основные принципы использования физиотерапии в лечении больных язвенной болезнью:

. выбор мягко действующих процедур;

. применение небольших дозировок;

. постепенное повышение интенсивности воздействия физическими факторами;

. рациональное сочетание их с другими лечебными мероприятиями.

Методы применения физиотерапии представлены в приложении 8.

Также, при язвенной болезни желудка помогает музыкотерапия. Доказано, что музыка может многое. Спокойная и мелодичная, она поможет быстрее и лучше отдохнуть, восстановить силы; бодрая и ритмичная поднимает тонус, улучшает настроение. Музыка снимет раздражение, нервное напряжение, активизирует мыслительные процессы и повышает работоспособность.

О лечебных свойствах музыки было известно давно. В VI в. до н.э. великий древнегреческий мыслитель Пифагор применял музыку в лечебных целях. Он проповедовал, что здоровая душа требует здорового тела, а то и другое - постоянного музыкального воздействия, сосредоточения в себе и восхождения к высшим областям бытия. Ещё более 1000 лет назад Авиценна в качестве лечения рекомендовал диету, труд, смех и музыку.

По физиологическому действию мелодии могут быть успокаивающими, расслабляющими или тонизирующими, бодрящими.

Расслабляющий эффект полезен при язвенной болезни желудка.

Чтобы музыка оказывала оздоровительный эффект, её нужно слушать таким образом:

. лечь, расслабиться, закрыть глаза и полностью погрузиться в музыку;

. постараться избавиться от любых мыслей, выраженных словами;

. вспоминать только о приятных моментах в жизни, причём эти воспоминания должны носить образный характер;

. записанная музыкальная программа, должна длиться не менее 20-30 мин, но не более;

. не следует засыпать;

. после прослушивания музыкальной программы рекомендуется проделать дыхательную гимнастику и несколько физических упражнений [3].

Таким образом, нелекарственные подходы в лечении язвенной болезни представлены довольно широким спектром воздействия, что, с нашей точки зрения, 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, мы получаем всесторонний эффект воздействия.

.3 Школа здоровья

Основной целью здравоохранения на современном этапе является повышение доступности и качества медицинской помощи. Современная концепция здоровья считает необходимым привлечение пациента к решению его собственных проблем. Эти задачи решают «Школы здоровья», созданные для лиц, больных неинфекционными заболеваниями, имеющими социальное значение, и беременных с целью профилактики внутриутробного негативного воздействия различных факторов на плод: физических, психогенных, химических, инфекционных и др., подготовки к родам, а также получения ими навыков правильного вскармливания и ухода за новорожденным ребенком.

Школы здоровья создаются для сохранения и укрепления здоровья обучающихся, восстановление адаптационных возможностей организма ребенка в процессе обучения. Все общеобразовательные школы занимаются здоровьесберегающей деятельностью. « Школа здоровья» решает эту задачу и может быть организованна во всех видах общеобразовательных учреждений, способных обеспечить комплексное решение задач по оздоровлению обучающихся о проблемах здоровья.

Школу могут посещать все больные заболеванием желудочно -кишечного тракта. В одну группу входят больные разные по возрасту и с разным стажем заболевания. Такое смешение допустимо, т.к. больные желудочно - кишечного тракта с большим стажем обмениваются опытом с недавно заболевшими, что идет последним на пользу.

Общая продолжительность цикла составляет около двух - четырех недель и включает 5 - 6 занятий. Цикл обучения основан на разработанной обучающей программе. Мы рекомендуем начинать гастро - школу в вечернее время, т.к. больные должны успевать на занятия после работы. Продолжительность одного занятия около 1часа. Частота занятий - 2 раза в неделю в будние дни. Расписание занятий гастро - школы должно быть вывешено на доске объявлений. На первом занятии нужно предупредить больных, что они должны задавать вопросы по мере их возникновения, не дожидаясь конца занятий. Таким образом, монолог врача перебивается вопросами и замечаниями больных и занятие быстро из лекции превращается в беседу. Желательно заранее подготовить вопросы, с которыми вы будете обращаться к аудитории, чтобы выяснить уровень информированности больных и заставить активно работать аудиторию.

На втором занятии обсуждаются вопросы заболевания. Врач рассказывает, что такое язвенная болезнь желудка, что способствует развитию язвенной болезни и ухудшает ее течение, клинику болезни, питание при язве желудка и двенадцатиперстной кишки.

Диета является одним из наиболее важных методов лечения язвенной болезни. 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 представлены в приложении 9.

Рекомендуется заниматься лечебной гимнастикой. Гимнастикой можно заниматься, когда у вас нет обострения. Полезны плавание, ходьба на лыжах, закаливание, массаж спины и нижних конечностей.

Таким образом, сестринский уход за ребенком с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки играет важную роль, как в процессе лечения, так и в период реабилитации пациента, поскольку является одним из основополагающих факторов успешного выздоровления ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По окончании нашей исследовательской деятельности мы можем представить следующие выводы.

В структуре общей заболеваемости у детей одно из первых мест принадлежит патологии желудочно - кишечного тракта, и, согласно прогнозам, наметившийся в последнее время рост этой патологии будет сохраняться. Высокая заболеваемость, частые рецидивы, значительные экономические потери - все это позволяет отнести проблему язвенной болезни к числу наиболее актуальных в современной медицине.

Основой успешного исследования данных заболеваний является высокий уровень теоретической подготовки специалиста в области анатомии желудочно- кишечного тракта. Мы можем выделить основные анатомо -физиологические особенности пищеварительной системы. Важнейшей из них является то, что желудок - это орган, обеспечивающий нормальное пищеварение и жизнедеятельность организма человека. Также немаловажно, что от нормального функционирования пищеварительной системы во многом зависят рост и развитие ребенка.

Выполнение функций, необходимых для нормальной жизнедеятельности организма, обеспечивает желудку и двенадцатиперстной кишке одно из ведущих мест в системе пищеварения. Нарушения этих функции чреваты тяжелыми заболеваниями.

Впервые возникшая у детей патология органов пищеварения в большинстве случаев приобретает непрерывно рецидивирующее и хроническое течение, а также склонность к прогрессированию и сочетанному поражению органов пищеварения.

По данным Всемирной организации здравоохранения, страдают данными заболеваниями более шестидесяти процентов населения земного шара. По традиционному определению всемирной организации здравоохранения, язвенная болезнь - общее хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с полициклическим течением, характерными особенностями которого являются сезонные обострения, сопровождающиеся возникновением язвенного дефекта в слизистой оболочке, и развитие осложнений, угрожающих жизни больного.

Изучив теоретические аспекты и особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, нами были составлены необходимые рекомендации для профилактики данного заболевания. Основу профилактики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки составляет проведение комплекса мероприятий, направленных на предотвращение осложнений, а также рецидивов в том случае, если человек уже болен.

Среди населения проводится санитарное просвещение, которое является одним из направлений профилактической деятельности органов и учреждений здравоохранения, направленной на гигиеническое обучение и воспитание населения с целью его привлечения к активному участию в охране здоровья. Санитарно - просветительная работа осуществляется в виде индивидуальных и групповых бесед с использованием наглядных средств пропаганды. В целях закрепления полученной информации выдается печатная продукция (листовки, памятки, буклеты).

При уходе за больными с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки важна роль среднего медицинского персонала. Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности. Сестринский уход за ребенком с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки играет важную роль как в процессе лечения, так и в период реабилитации пациента, поскольку является одним из основополагающих факторов успешного выздоровления ребенка.

В ходе решения первой задачи, мы исследовали, систематизировали и проанализировали теоретический материал, представленный в литературных источниках по проблеме язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей.

Решая вторую задачу, мы рассмотрели и проанализировали анатомо -физиологические особенности желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, было выявлено, что от нормального функционирования пищеварительной системы в целом зависят рост и развитие ребенка.

Решая третью задачу, мы систематизировали данные по этиологии, патогенезу, клинике и лечению язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Углубив и систематизировав теоретические аспекты и особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, были составлены необходимые рекомендации для профилактики данного заболевания.

Решая четвертую задачу, мы разработали план сестринского ухода за пациентами с язвенной болезнью, выявили необходимость проведения санитарно - просветительской работы среди населения, в частности родителей. Сестринский уход за ребенком с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки играет важную роль, как в процессе лечения, так и в период реабилитации пациента, поскольку является одним из основополагающих факторов успешного выздоровления ребенка.

Поставленные цели и задачи выполнены в полном объеме.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Баранов,А.А. Детские болезни / А.А. Баранов.-Издат. Центр «ГЭОТАР-Медиа», 2010.-250с.

. Глыбочко П.В. и др. Первая медицинская помощь : учебник - СПб: ОИЦ Академия, 20111. Ежова, Н.В. Педиатрия : практикум: учеб. пособие / С. 101- 106.

. Енгибарьянц, Г.В. Педиатрия с детскими инфекциями : учеб. пособие / Г.В. Енгибарьянц. - СПб: ОИЦ Академия, 2010. С. 89 - 99.

. Еремушкин, М.А. Основы реабилитации: учебник / М.А. Еремушкин. - СПб: ОИЦ Академия, 2010. С. 76.

. Запруднов А.М. Детские болезни: учебник /А.М.Запруднов и др. - Москва «Медицина» 2001. С. 70 - 78.

. Корягина Н.Ю. и др., под ред. Е.З. Сопиной. Организация специализированного сестринского ухода М.: Гэотар - Медиа, 2011. С. 60 -90.

. Лебедь В.А.Справочник по педиатрии с сестринским процессом: учебник / В.А. Лебедь./ Под ред. Б.В. Кабарухина. - Ростов н/Д: Феникс, 2011. С.90 - 92.

. Мухина, С.А. Основы сестринского дела : практическое руководство / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. - М.: Гэотар - Медиа, 2010. С. 76-89.  
9. Малов, В.А. Сестринское дело при инфекционных заболеваниях: учеб. пособие / М..А. Малов - СПб: ОИЦ Академия, 2008. С. 34-36.

Электронные ресурсы

. Осадчук М. А., Осадчук А.М., Сибряев А.А. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2014.- N 1. - С.4-9.

Нормативные документы

. Стандарт специализированной медицинской помощи при язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки от 9 ноября 2012 г. № 773н

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

. ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

2. СОЭ - Скорость оседания эритроцитов <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D1%EA%EE%F0%EE%F1%F2%FC\_%EE%F1%E5%E4%E0%ED%E8%FF\_%FD%F0%E8%F2%F0%EE%F6%E8%F2%EE%E2>

. УЗИ - Ультразвуковое исследование <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D3%EB%FC%F2%F0%E0%E7%E2%F3%EA%EE%E2%EE%E5\_%E8%F1%F1%EB%E5%E4%EE%E2%E0%ED%E8%E5>

. ЛФК - лечебная физическая культура

. ФГДС - Фиброгастродуоденоскопия

6. ПЦР - Полимеразная цепная реакция

. ЛГ - Легкая гимнастика

. И.П.- Исходное положение

Приложение 1

«Диеты по Певзнеру»

|  |  |
| --- | --- |
| Диета | Показания |
| Стол № 1 | Затихание обострения язвенной болезни, на протяжении 6 - 12 мес. после обострения, а также при гастритах с повышенной кислотностью |
| Стол № 1а | Обострения язвенной болезни, обострения хронического гастрита с повышенной кислотностью |
| Стол № 1б | Затихание обострения язвенной болезни и хронических гастритов с повышенной кислотностью |
| Стол №2 | Хронические гастриты с пониженной кислотностью или при ее отсутствии, хронические колиты (вне обострения) |
| Стол № 3 | Атонические запоры |
| Стол № 4 | Острые заболевания кишечника и обострения в период продолжающегося поноса |
| Стол № 4а | Колиты с преобладанием процессов брожения |
| Стол № 4б | Хронические колиты в стадии затухающего обострения |
| Стол № 4в | Острые заболевания кишечника в период выздоровления как переход к рациональному питанию; хронические заболевания кишечника в период затухания обострения, а также вне обострения |
| Стол № 5 | Заболевания печени, желчного пузыря, желчевыводящих путей вне стадии обострения |
| Стол № 5а | Хронические панкреатиты |
| Стол № 6 | Подагра, почечнокаменная болезнь с отхождением камней, состоящих преимущественно из уратов |
| Стол № 7 | Хронические заболевания почек с отсутствием явлений хронической почечной недостаточности |
| Стол № 7а | Острые почечные заболевания (нефрит острый или его обострения) |
| Стол № 7б | Затихание острого воспалительного процесса в почках |
| Стол № 8 | Ожирение как основное заболевание или сопутствующие при других болезнях, не требующие специальных диет |
| Стол № 9 | Сахарный диабет средней и легкой тяжести |
| Стол № 10 | Заболевания сердечнососудистой системы с недостаточностью кровообращения степени I-IIA |
| Стол № 11 | Туберкулез легких, костей, лимфатических узлов, суставов при нерезком обострении или затухании, истощение после инфекционных болезней, операций, травм |
| Стол № 12 | Функциональные заболевания нервной системы |
| Стол № 13 | Острые инфекционные заболевания |
| Стол № 14 | Мочекаменная болезнь (фосфатурия) |
| Стол № 15 | Различные заболевания, не требующие специальных лечебных диет |

Приложение 2

«Неотложные мероприятия при остро возникшем желудочно - кишечном кровотечении»

При продолжении ЖКК

При отсутствии эффекта- операция

Приложение 3

«Основные проблемы на фоне язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки»

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Настоящие | Потенциальные | Приоритетные |
| 1. | Боли в области эпигастральной области | - иррадиация за грудину, в область сердца, поясничную область; - нарушение сна, аппетита; - раздражительность, плаксивость; - нарушение работоспособности; | боль в эпигастральной области, возникающая после приёма пищи. |
| 2. | Отрыжка кислым | - изжога; - неприятный привкус во рту; - рвота; | боль в эпигастральной области, возникающая после приёма пищи. |
| 3. | Наличие язвы на слизистой оболочке | - рвота «кофейной гущей»; - перфорация, пенетрация; - мелена (черный стул); - головная боль, головокружение; - снижение АД, обмороки; - боли в области эпигастрия; | боль в эпигастральной области, возникающая после приёма пищи. |
| 4. | Запоры | - боли в животе; - интоксикация; Ощущение тяжести, распирания; | боль в эпигастральной области, возникающая после приёма пищи. |

Приложение 4

«Реализация плана ухода»

|  |  |
| --- | --- |
| Название проблемы | Реализация плана ухода |
| Боль в эпигастральной области, возникающая после приёма пищи. | 15.04.2014 года 08:00. Наблюдала за внешним видом и состоянием пациента (пульс - 75 ударов в минуту, АД - 120/80 - правая рука, 120/90 - левая рука, температура - 36,6, характер стула - запор). 15.04.2014 года в 8:00. Обеспечила пациента лекарственными средства ми с назначением врача (омепразол - 1 таблетка, альмагель - 1 столовая ложка, клацид - 1 таблетка) Мазурова. 15.04.2014 года в 09:00. Провела оценку боли по 10 - ти бальной шкале (пациент оценивает боль в 5 баллов). Мазурова. 15. 04. 2014 года в 10:00 Успокоила пациента, проветрила палату. Мазурова. 15.04.2014 года в 11:00. Проследила, чтоб питание пациента было в соответствии с назначенной диетой № 1 а. Мазурова. 15.04.2014 года в 13:00. Обеспечила пациента лекарственными средствами с назначением врача (омепразол - 1 таблетка, альмагель - 1 столовая ложка, клацид - 1 таблетка) Мазурова. 15.04.2014 года в 13:00. Наблюдала за внешним видом и состоянием пациента (пульс - 75 ударов в минуту, АД - 120/80 - правая рука, 120/90 - левая рука, температура - 36,6, характер стула - запор). Мазурова. 15.04.2014 года в 13:30. Провела повторную оценку боли по 10-ти бальной школе (пациент оценил боль в 1 балл). Мазурова. 15.04.2014 года в 14:00. Объяснила пациенту суть его заболевания, рассказала о современных методах диагностики, лечении и профилактики. Мазурова. 15.04.2014 года в 16:00. Обеспечила подготовку пациента к ФГДС. Мазурова. 15.04.2014 года в 17:00. Обеспечила пациента лекарственными средствами с назначением врача (омепразол - 1 таблетка, альмагель - 1 столовая ложка, клацид - 1 таблетка) Мазурова. 15.04.2014 года в 17:00. Наблюдала за внешним видом и состоянием пациента (пульс - 75 ударов в минуту, АД - 120/80 - правая рука, 120/90 - левая рука, температура - 36,6, характер стула - запор). Мазурова. 15.04.2014 года в 17:30. Провела повторную оценку боли по 10-ти бальной школе (у пациента исчезла боль). Мазурова. 15.04.2014 года в 18:00. Провела беседу с родственниками об обеспечении питания с достаточным содержанием витаминов. Мазурова. |
| Рвота, возникающая после приёма пищи. | 15. 04. 2014 года в 09: 00 . Успокоила пациента, проветрила палату). Мазурова. 15.04.2014 года в 09:30. Придала удобное положение пациенту при рвоте (на бок). Мазурова . 15.04.2014 года в 10:00. Обеспечила гигиену полости рта после каждого акта рвоты. Мазурова. 15.04.2014 года в 10:30. Обеспечила пациента обильным витаминизированным питьем. Мазурова. 15.04.2014 года в 11:00. Обучила пациента методике расслабления и глубокому дыханию. Мазурова. 15.04.2014 года в 12:00. Обеспечила пациента противорвотными препаратами, по назначению врача (регидрон - 1 таблетка). Мазурова. |
| Отсутствие аппетита. | 15.04.2014 года в 08:00. Наблюдала за внешним видом и состоянием пациента (пульс - 75 ударов в минуту, АД - 120/80 - правая рука, 120/90 - левая рука, температура - 36,6, характер стула - запор). Мазурова. 15.04.2014 года в 09:30. Проконтролировала, чтоб пациент питался диетическим питанием с повышенным содержанием витаминов. Мазурова. 15.04.2014 года в 10:00. Обеспечила пациента свежим воздухом (проветривание палаты). Мазурова. 15.04.2014 года в 18:00. Провела беседу с его родственниками о продуктах, содержащих витамины, и нуждающиеся при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (продукты соответствующие диете № 1а). Мазурова. 15.04.2014 года в 11:00. Дала рекомендации по приему горечей пищи. Мазурова. 15.04.2014 года в 13:00. Наблюдала за внешним видом и состоянием пациента (пульс - 75 ударов в минуту, АД - 120/80 - правая рука, 120/90 - левая рука, температура - 36,6, характер стула - запор). Мазурова. 15.04.2014 года в 17:10. Контролировала деятельность кишечника (у пациента запор). Мазурова. 15.04.2014 года в 17:00. Наблюдала за внешним видом и состоянием пациента (пульс - 75 ударов в минуту, АД - 120/80 - правая рука, 120/90 - левая рука, температура - 36,6, характер стула - запор). Мазурова 15.04.2014 года в 17:30. Осуществляла уход за полостью рта. Мазурова. |
| Изжога, связанная с повышенной кислотностью. | 15. 04. 2014 года в 09: 30 . Успокоила пациента, проветрила палату. Мазурова. 15.04.2014 года в 10:30. Обеспечила прием теплого молока, щелочной минеральной воды без газа. Мазурова. 15.04.2014 года в 11:00. Рекомендовала пациенту отказаться от приема продуктов, вызывающие изжогу. Мазурова. 15.04.2014 года в 11:30. Провела беседу с пациентом о причинах возникновения изжоги. Мазурова. |
| Слабость, вследствие нарушения пищеварения и вынужденного ограничения в питании. | 17.04.2014 в 12:00. Обеспечила достаточное количество сна. Мазурова. 17.04.2014 года в 13:00. Обеспечила достаточное питания с повышенным содержанием белка, витаминов, микроэлементов. Мазурова. 17.04.2014 года в 13:30. Обеспечила доступ свежего воздуха в помещение, проветривание. Мазурова. 17.04.2014 года в 14:00. Обеспечила пациенту прогулки и умеренную физическую нагрузку на свежем воздухе. Мазурова. 17.04.2014 года в 15:30. Контролировала за выполнением комплекса дыхательных упражнений. Мазурова. 17.04.2014 года в 19:00. Провела беседу с пациентом о необходимости медикаментозного лечения, объяснила правила приема препаратов и их побочных эффектов. Мазурова. |
| Отсутствие знаний о мерах профилактики запоров. | 15.04.2014 года в 13:00. Провела беседу с пациентом о способах и приёмах регуляции кратности стула, вреде злоупотребления слабительными без назначения врача. Порекомендовала специальную литературу по этому вопросу. Мазурова. 15.04.2014 года в 16:00. Порекомендовала включить в рацион питания больше овощей и фруктов, чернослива, инжира, растительного масла. Мазурова. 15.04.2014 года в 17:00. Порекомендовала добавлять в блюда небольшое количество распаренных отрубей. Мазурова. 15.04.2014 года в 18:00. Порекомендовала употреблять не менее 1,5 л литров жидкости за сутки. Мазурова. 15.04.2014 года в 19:00. Порекомендовать выполнять упражнения ЛФК, и обучила пациента приемам массажа живота. Мазурова. |
| Тревога, связанная с дефицитом знаний о своем заболевании. | 16.04.2014 года в 10:00. Провела беседу с пациентом об особенностях течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Мазурова. 16.04.2014 года в 11:00. Провела беседу с пациентом об особенностях питания и образа жизни при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Мазурова. 16.04.2014 года в 11:30. Провела беседу с пациентом о диспансерном наблюдении и противорецидивном лечении. Мазурова. 16.04.2014 года в 15:00. Познакомила пациента с человеком страдающим язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, но полностью адаптированным к своему заболеванию. Мазурова. 16.04.2104 года в 18:00. Провела беседу с семьей пациента о необходимости психологической поддержки. Мазурова. 16.04.2014 года в 19:00. Подобрала популярную литературу о данном заболевании (Запруднов А.М. Детские болезни). Мазурова. |

Приложение 5

«Комплекс ЛФК»

Условные обозначения: ИП - исходное положение; ТМ - темп медленный; ТС - темп средний.

. ИП - сидя на стуле, руки перед грудью. Повороты в стороны с разведением рук. ТС. 6-8 раз.

. ИП - то же. Поочередное выпрямление ног. ТС. 8-10 раз.

. ИП - то же. Руки вверх, согнуть левую ногу в колене - вдох; вернуться в ИП - выдох. ТМ. 5-7 раз.

. ИП - сидя на стуле. Низкий присед - выдох; вернуться в ИП - вдох. ТС. 6-8 раз.

. ИП - сидя, кисти рук на коленях. Развести колени в стороны - вдох; вернуться в ИП - выдох. ТМ. 6-8 раз.

. ИП - сидя. По очереди сгибание ног в коленном и тазобедренном суставах. ТС. 6-8 раз.

. ИП - стоя у стула. По очереди выпады левой и правой ногами вперед. ТМ. 6-7 раз.

. ИП - то же. Отвести правую ногу и руки вперед - вдох; вернуться в ИП - выдох. То же с левой ноги. ТС. 6-8 раз.

. ИП - стоя. Шаг с левой ноги на стул. То же с правой ноги. ТМ. 5-7 раз.

. ИП - лежа. По очереди отведение левой и правой ног вверх. ТС. 6-8 раз.

. ИП - на четвереньках. По очереди отведение ноги назад и руки вверх. ТС. 6-8 раз.

. ИП - лежа. По очереди сгибание и разгибание ног. ТМ. 5-7 раз.

. ИП - стоя. Руки вверх - вдох; руки вниз - выдох, мышцы расслабить. ТМ. 4-6 раз.

.ИП - стоя. Руки вверх - вдох; наклон вперед - выдох. ТМ. 5-7 раз.

. ИП - стоя, руки к плечам. По очереди подъем рук вверх. ТС. 6-8 раз.

. Ходьба на месте или по комнате. Дыхание равномерное. 30-60 сек.

Приложение 6

«Методика проведения массажа»

Показания: язвенная болезнь желудка в стадии ремиссии при отсутствии тошноты; рвоты; болезненных ощущений во время пальпации и других симптомов обострения воспалительного процесса.

Противопоказания: острая стадия заболевания пищевого канала с наклонностью к кровотечениям; туберкулезные поражения;

острые и подострые воспалительные процессы женских половых органов;

беременность.

Сегменты воздействия: зона спины;

грудная клетка; область шейных симпатических узлов;

массаж области желудка.

Приемы массажа применяемые в реабилитации пациентов с язвенной болезнью желудка: поглаживание (продольное попеременное, комбинированное); выжимание (основанием ладони, продольное, поперечное); разминание (основанием ладони, подушечками четырех пальцев, ординарное, ребром ладони, двойное кольцевое, «двойной гриф»);

растирание (прямолинейное подушечками больших пальцев, спиралевидное, пунктирное, гребнями кулака); вибрация.

. больной ложится на живот, под голеностопные суставы подкладывается валик.

. массаж начинается со спины с поочередным использованием:  
плоскостного и обхватывающего поглаживания;

“пиления”; растирания; пересекания, проводимого на боковых поверхностях спины и воротниковой области; кругового растирания; продольного разминания в сочетании с накатыванием; непрерывистой вибрации;

легкого похлопывания.

. затем проводится массаж паравертебральных зон (D9 - 5 и С5 - 4) с помощью:

“сверления”;

“пиления”;

воздействия на остистые отростки позвонков. Примечание: проводить вышеперечисленные приемы следует с усилением давления на левую половину спины” а при массаже широчайшей и трапециевидной мышцы спины - на нижний угол левой лопатки.

. после этого больной ложится на спину, согнув ноги, под спину ему подкладывается подушка, а под коленные суставы - валик.

. массажист приступает к воздействию на грудино - ключично -сосцевидные мышцы шейного отдела и на переднюю поверхность грудной клетки, обращая повышенное внимание на сегменты D6 - 3, расположенные слева. Производя движения от грудины к позвоночному столбу, он использует такие приемы, как граблеобразное поглаживание, растирание и надавливание.

. массаж продолжается воздействием на надчревную область, причем линии воздействия должны быть направлены от пупка к грудине и назад, Особенно тщательно массируются расположенные с левой стороны реберные дуги и над - и подключичные области с использованием поглаживания и растирания, проводимые от грудины к позвоночнику.

. следующий этап - массаж желудка начинается с кругового поглаживания околопупочной области и растирания с усилением давления на левое подреберье.

Затем массаж продолжается в следующей последовательности:

поглаживание; растирание; непрерывистая вибрация;

сотрясение раздвинутыми и слегка согнутыми пальцами в направлении слева вверх; поглаживание области сигмовидной кишки в направлении слева направо.

Кроме того, при массаже живота можно использовать сотрясение и встряхивание (при гипацидной форме гастрита).

Примечание: для выполнения вибрации при массаже живота рекомендуется использовать специальные аппараты с частотой 100 Гц и амплитудой до 0,3 мм.

Курс лечения сегментарным массажем состоит из 12 - 15 сеансов, проводимых через день. Продолжительность одного сеанса - 10 - 15 минут.

Приложение 8.

«Методы применения физиотерапии».

. Тепловые процедуры при язвенной болезни уменьшают болевые ощущения и улучшают кровообращение в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки;

· аппликации парафина или озокерита;

· грязевые аппликации (используется торфяная, иловая, сапропелевая грязи);

. Терапия с использованием электрического тока:

· синусоидальные модулированные токи (СМТ) - использование влияния слабого переменного тока, модулированного по амплитуде, на нервные волокна и мышцы. Уменьшает болевые ощущения, улучшает кровообращение и трофические процессы в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки;

· диадинамические токи (токи Бернара) - токи низкого напряжения и малой силы. Импульсы таких токов снижают болевые ощущения в области тела, где используются;

· Электросон - метод, в котором используются импульсы электрического тока низкой частоты. Действуя непосредственно на нервную систему, оказывает седативное и усыпляющее действие. Способствует улучшению метаболических процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, ускоряет заживление язв;

. Терапия с использованием электрических полей: УВЧ-терапия (ультравысокочастотная терапия) - влияние электрического поля высоких и ультравысоких частот на область тела с целью уменьшения выделения и кислотности желудочного сока, болеутоляющего и противовоспалительного действия;

. Терапия с использованием магнитных колебаний: СВЧ-терапия (микроволновая терапия) - применение влияния электромагнитных колебаний сверхвысокой частоты. Оказывает спазмолитическое, противовоспалительное и болеутоляющее действие.

. Терапия с использованием магнитных полей: магнитотерапия - применение влияния магнитного поля на организм. Нормализует моторику, уменьшает кислотность желудочного сока, ускоряет заживление язвы.

. Терапия с использованием механических колебаний: ультразвук - применение механических колебаний высоких частот, которые способствуют активизации обменных процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки, уменьшают воспаление и боль;

. Терапия с использованием кислорода: гипербарическая оксигенация влияния кислорода под давлением на организм в специальном аппарате - барокамере. Применяется с целью ускорения заживления язв;

. Лечебные ванны:

· хвойные и хвойно-минеральные оказывают успокаивающе действие на нервную систему;

· радоновые ванны(ванны с водой, обогащенной радиоактивным элементом радоном) нормализуют работу желудка, ускоряют восстановительные процессы;

Приложение 7

«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.