

Тема: "Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, рак желудка)".

Язвенная болезнь- это общее хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся преимущественно сезонными обострениями с появлением язвы в стенке желудка или 12-перстной кишки. Но за последние 10 лет сезонность стала смазанной - обострения стали возникать даже в теплое время года. По локализации ЯБ делят на пилородуоденальную и медиогастральную (ЯБ желудка и ЯБ 12-перстной кишки).

Этиология

- Нервно-психический стресс
- Нарушение питания
- Биологические дефекты, наследуемые при рождении
- Наследственная предрасположенность (особенно при пилородуоденальной локализации)

Способствующие факторы:

1. Внешние:

Алиментарные - острые, пряные, копченые продукты, свежая сдоба (пироги, блины), большой объем пищи, холодная пища, нерегулярное питание, сухоядение, рафинированные продукты кофе. Курение

Прямое ulcerogenicное действие алкоголя не доказано, хотя он обладает мощным сокогонным действием и не имеет антацидного.

Из вредностей: СВЧ, вибрация, горячий цех.

Факторы, влияющие на патогенез

2. Внутренние:

Кислотно-пептический - повышение секреции HCl, увеличение б-клеток, участвующих в выработке HCl.

Снижение поступления щелочного дуоденально-панкреотического сока.

Нарушенный состав слизистого покрытия эпителия желудка (мукогликопротеиды, способствующие репарации слизистой. Это вещество называют сурфоктантом желудка, оно покрывает слизистую слоем и защищает ее от ожога).

Адекватный капиллярный кровоток в подслизистом слое. Стимуляция секреции слизи клетками желудка и 12-перстной кишки и выработка бикарбонатов. В 1983 году Уоррен и Маршалл выделили из слизистой оболочки *Campylobacter pilori* - Грам спиралевидную бактерию; эту бактерию не следует рассматривать в качестве причины, она способствует хронизации процесса, снижает защитные свойства оболочки (см. лекцию «Хр. Гастриты»).

Чаще язва возникает на фоне гастрита типа В.

В развитии язвенной болезни, было отмечено влияние n. Vagus (блуждающего нерва).

Классификация:

По локализации:

- язва прекардиального отдела
- язва субкардиального отдела
- язва препилорического отдела
- язва луковицы 12-перстной кишки.

По стадиям:

- предязвенное состояние (дуоденит, гастрит Б)
- язва.

По фазе:

- обострение
- затихающее обострение
- ремиссия

По кислотности:

- с повышенной
- нормальной
- пониженной
- с ахлоргидрией.

По возрасту заболевания:

- юношеские
- пожилого возраста.

По осложнениям:

- кровотечение
- перфорация
- стеноз
- малигнизация
- пенетрация.

Клиническая картина

Симптомы. Боль в эпигастральной области. При язвах кардиальной области и задней стенки желудка - появляется сразу после приёма пищи, локализуется за грудиной, может иррадиировать в левое плечо. При язвах малой кривизны боли возникают через 15-60 мин после еды. «Голодные»- при ЯБ 12-п. кишки. Диспепсические явления. Отрыжка воздухом (выраженность и нарастание отрыжки воздухом, характерна для язвы желудка, а тухлым - признак стеноза). - Тошнота - для антральных язв. - Рвота - при функциональном или органическом стенозе привратника. Изжога (часто при ЯБ желудка купируется приемом соды). Запоры по 3-5 дней, характерны для локализации язвы в луковице 12-п кишки. - « Овечий» стул (спастическая дискинезия толстого кишечника). Appetit обычно сохранен или повышен, особенно при язве 12-п кишки, но есть стенофобия – боязнь еды из-за ожидаемых болей.

Изменения со стороны ЦНС (Астеновегетативный синдром):

- плохой сон
- раздражительность
- эмоциональная лабильность - при язве 12-п кишки

Объективно

Худощавость, астеничность – при ЯБ 12-п кишки. (Но снижение веса характерно не всегда). При осмотре языка: край языка острый, сосочки гипертрофированны (из-за повышения секреции HCl). Живот при осмотре втянут и болезненный (перивисцерит, перигастрит, перидуоденит). Выраженный красный дермографизм, влажные ладони.

Лабораторные методы диагностики. Клинический анализ крови может обнаружить гипохромную анемию, эритроцитоз, замедление СОЭ. Кал на реакцию Грегерсена может подтвердить кровоточивость язвы.

Инструментальные методы исследования

ФГС. Выявляет патологию слизистой оболочки верхних отделов пищеварительного тракта, недоступную для рентгенологического метода. Возможна прицельная биопсия. Возможно местное лечение язвенного дефекта. Контроль регенерации слизистой оболочки или формирования рубца.

Ацидотест (беззондовый метод). Изучение кислотообразующей функции желудка. Оценивается натошак и при различной кислотообразовательной функции. Таблетки (тест) дают пациенту per os - они взаимодействуют с HCl, изменяются, выделяются с мочой. По концентрации при выделении можно косвенно судить о количестве HCl. Метод очень грубый, применяется, когда невозможно использовать зондирование.

Оценка протеолитической функции желудочного сока.

Исследуют с погружением зонда внутрь желудка, а в нем находится субстрат. Через сутки

Метод Лепорского (зондовый метод). Оценивается объем натошак (в норме 20-40 мл и качественный состав тощачевой порции: 20-30 ммоль/л - норма общей кислотности, до 15 - свободная кислотность. Затем проводится стимуляция: капустный отвар, кофеин, раствор спирта (5%), мясной бульон. Объем завтрака 200 мл, через 25 мин изучается объем желудочного содержимого (остаток) - в норме 60-80 мл, затем каждые 15 мин в отдельную порцию. Объем за последующий час - часовое напряжение.

Общая кислотность 40-60, свободная 20-40 - норма. Оценивается тип секреции.

Парентеральная стимуляция с гистамином или пентагастрином

РН-метрия - измерение кислотности непосредственно в желудке с помощью зонда с датчиками: рН измеряют натошак в теле и антральном отделе (6-7 в норме в антральном отделе, 4-7 после введения гистамина).

зонд извлекают и изучают изменения.

Рентгенологическое исследование. Изменения (подтверждающие диагноз): "Ниша".

Кольцевидный воспалительный валик вокруг ниши. Рубцовые деформации. Косвенные признаки: Чрезвычайная перистальтика желудка. Втяжение по большой кривизне - симптом "пальца" (отверстие). Поддиафрагмальное скопление газа.

Диета период обострения: 1-2 неделя – диета № 1а, 3-4 неделя – диета № 16

Диета период ремиссии – диета № 1.

Молочные продукты, кофеин и алкоголь, курение оказывают стимулирующее влияние на секрецию и противопоказаны в острых случаях.

Медикаментозное лечение:

Средства, воздействующие на кислотно-пептический фактор (антациды): альмагель, фосфолгел.

Препараты, снижающие продукцию HCl:

Антагонисты гистаминовых H₂-рецепторов (H₂ – гистаминоблокаторы: циметидин, ранитидин, фамотидин), снижают кислотность на длительный промежуток времени и стимулируют заживление. Циметидин за сутки 800-1000 мг (1 таб. 200 мг). Принимать 3 раза после еды + 1 на ночь в течение 6 недель, затем провести ФСГ;

если ремиссия - снижать дозу по 200 мг каждую неделю, либо за неделю до 400 мг на ночь, их надо еще 2 недели, затем 2 недели по 1 таб на ночь и отменять.

Можно применять годами 200-400мг на ночь для предупреждения обострений.

Другой метод: 800-1000 мг однократно на ночь, отменять, как и при предыдущем методе.

Ранитидин (ранисан, зантак) 2 таб. (по 150 мг) на 2 приема, через 4-6 недель снизить до 1 таб на ночь (за неделю), и так 2 недели и отменить. Другой вариант: 300 мг на ночь.

Фамотидин (гастроседин, ультрафамид) 80 мг или 40 мг - суточная доза.

Так как эти препараты могут вызвать синдром отмены, то нельзя их резко отменять; при начале заболевания убедиться, что у пациента есть достаточное их количество для курса лечения.

Побочные эффекты: для циметидина характерны: головокружение, слабость, может вызывать изменения психики - больным шизофренией никогда не назначать! Также у циметидина антиандрогенный эффект - мужчина становится стерильным на время применения. Если размеры язвы до 5 мм, то можно лечить амбулаторно.

Средства, блокирующие протонную помпу:

Омепразол 20 мг 1 раз в день в капсуле. Очень быстрое и надежное действие. Рубцевание язвы 100%. Не имеет побочных эффектов.

Повышение факторов защиты:

Де-Нол (трибимол). В присутствии даже небольшого количества HCl образует защитную пленку над эрозией или язвой. Уничтожает *Campilobacter pylori* (бактерицидное + бактериостатическое действие). Почти не всасывается и действует в просвете ЖКТ. По 120

мг (1 табл. 4 раза в день за 40-60 мин до еды). Стул окрашивается в черный цвет (и врач и, медсестра должны предупредить пациента о возможных побочных действиях препаратов). Сукральфат (вентер, корафат) содержит алюминий, образует комплекс алюминий-белок, заливает язву + обладает антацидными свойствами. 4 г в сутки за 40-60 мин до еды + на ночь. Гастроцепин. Солкосерил - это неспецифический препарат. Стимулирует процессы обмена во всех тканях.

Осложнения:

Перерождение язвы в рак. К этому склонны лица пожилого и старческого возраста. Боли становятся постоянными, пропадает аппетит, тошнота, отвращение к мясу, снижение массы тела, снижение желудочной секреции вплоть до ахлогидрии, стойкая положительная реакция Грегерсена, повышенное СОЭ и анемизация.

Рубцовый стеноз привратника:

1 стадия – эпизодическая рвота из-за задержки пищи, частотой 1 раз в 2-3 дня.

2 стадия – постоянное чувство тяжести, ежедневная рвота, массы содержат пищу, съеденную накануне.

3 стадия – выраженное стенозирование, с трудом проходит вода, видна желудочная перистальтика, шум плеска. Рвота вызывается искусственно, рвотные массы с гнилостным запахом.

Профилактика проводится с учетом способствующих факторов (см. выше). Сезонная профилактика обострений весной и осенью.

Медсестра по данной патологии должна:

- Уметь провести беседу с пациентом о профилактике обострений
- Работать с населением по профилактике заболевания (информировать о причинах и способствующих факторах развития ЯБ)
- Выполнять назначения врача по лечению и профилактике ЯБ (при этом знать действие и побочные эффекты назначенных врачом ЛС)
- Знать признаки неотложных состояний при данной патологии: кровотечение, прободение и осуществить доврачебную помощь при этих состояниях.
- Осуществлять посимптомный уход (при рвоте, тошноте и т. д.)
- Выявлять проблемы пациента и грамотно их решать.
- Подготовить пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям по назначению врача.

Осложнения язвенной болезни

Осложнения наблюдаются примерно у 30% всех пациентов с ЯБ:

1. Кровотечение
2. Прободение
3. Пенетрация язвы
4. Рубцовый стеноз
5. Малигнизация язвы

Желудочно-кишечное кровотечение – наиболее частое и серьезное осложнение, оно встречается у 15-20 % пациентов и является причиной почти половины всех летальных исходов при этом заболевании. Наблюдается преимущественно у мужчин молодого возраста.

Чаще встречаются малые кровотечения, массивные встречаются реже. Иногда внезапное массивное кровотечение является первым проявлением заболевания.

Кровотечение бывает в результате эрозии сосуда в язве, венозного стаза или тромбоза вен. Причиной его могут быть различные нарушения гомеостаза. При этом определенная роль отводится желудочному соку, обладающему антикоагулирующими свойствами.

Чем выше кислотность сока и активность пепсина, тем менее выражены коагуляционные свойства крови.

Симптоматика - зависит от объема кровопотери. Небольшие кровотечения характеризуются бледностью кожи, головокружением, слабостью. При выраженном кровотечении отмечаются – мелена (дегтеобразный стул), однократная или повторная рвота цвета "кофейной гущи".

1. Информация, позволяющая заподозрить медицинской сестре желудочно-кишечное кровотечение:

1.1. Тошнота, рвота, черный стул, слабость, головокружение.

1.2. Кожа бледная, влажная, рвотные массы «кофейной гущи», пульс слабый, возможно снижение артериального давления.

2. Тактика медицинской сестры:

Действие	Обоснование
1. Вызвать врача	
2. Успокоить и уложить пациента, голову повернуть на бок	Снятие эмоциональной и психологической нагрузки
3. Положить пузырь со льдом на эпигастральную область	Уменьшение кровотечения
4. Запретить пить, есть, разговаривать	Уменьшить кровотечения
5. Измерить ЧСС и АД	Контроль состояния

3. Подготовить медикаменты, аппаратуру, инструментарий:

3.1. Аминокапроновую кислоту (фл.), дицинон (этамзилат) – (амп.), хлорид кальция(амп.), аскорбиновая кислота (амп.), желатиноль (фл.), полиглюкин (фл.), гемодез (фл.).

3.2. Систему для внутривенного вливания, шприцы, жгут.

3.3. Все необходимое для определения группы крови, резус-фактора.

4. Оценка достигнутого:

4.1. Прекращение рвоты, стабилизация АД и ЧСС.

Прободение язвы - одно из наиболее тяжелых и опасных осложнений. Встречается в 7% случаев. Чаще отмечается прободение язв 12-перстной кишки. Однако прободение язв желудка сопровождается более высокой летальностью.

В подавляющем большинстве случаев - это свободные прободения в брюшную полость. В 20% при язвах задней стенки желудка и 12-перстной кишки наблюдаются "прикрытые" прободения, обусловленные быстрым развитием фибринозного воспаления и прикрытием прободного отверстия малым сальником, левой долей печени или поджелудочной железой.

Клинически проявляется внезапной резкой (кинжальной) болью в верхнем отделе живота. Внезапность и интенсивность болей не бывают столь выраженными ни при каких других состояниях. Пациент принимает вынужденное положение с подтянутыми к животу коленями, старается не двигаться. При пальпации отмечается резко выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. В первые часы после прободения у больных появляется рвота, которая в дальнейшем при развитии разлитого перитонита становится многократной.

Брадикардия сменяется тахикардией, пульс слабого наполнения. Появляется лихорадка. Лейкоцитоз, СОЭ увеличено.

При рентгенологическом исследовании в брюшной полости под диафрагмой определяется газ.

Пенетрация язвы - характеризуется проникновением язвы в соприкасающиеся с желудком или луковицей 12-перстной кишки органы - печень, поджелудочную железу, малый сальник.

Клиническая картина в остром периоде напоминает прободение, но боль бывает менее интенсивной. Вскоре присоединяются признаки поражения того органа, в который произошла пенетрация (опоясывающая боль и рвота при поражении поджелудочной железы, боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и в спину при пенетрации в печень и др.) В ряде случаев пенетрация происходит постепенно. При

постановке диагноза необходимо учитывать наличие постоянного болевого синдрома, лейкоцитоз, субфебрилитет, и др.

Стеноз привратника или пилоростеноз – сущность этого осложнения заключается в том, что язва в узкой выходной части желудка (привратнике) заживает рубцом, этот участок суживается и пища проходит через него с большим трудом. Полость желудка расширяется, пища застаивается, возникает брожение и усиленное газообразование. Желудок растягивается до такой степени, что заметно увеличивается верхняя часть живота. В рвотных массах видны остатки пищи съеденной накануне. Из-за недостаточного переваривания пищи и неполного всасывания наступает общее истощение организма, человек худеет, слабеет, кожа становится сухой, что является одним из признаков обезвоживания организма.

Пациент подавлен, теряет работоспособность.

Злокачественная трансформация язвы (малигнизация) – наблюдается почти исключительно при локализации язвы в желудке. Малигнизация язв 12-перстной кишки встречается очень редко. При малигнизации язвы боли становятся постоянными, теряют связь с приемом пищи, аппетит снижается, нарастает истощение, отмечаются тошнота, рвота, субфебрильная температура.

Анемия, ускоренная СОЭ, стойко положительная бензидиновая проба (реакция Грегерсена).

Лечение осложнения язвенной болезни: перфорация, кровотечение, пенетрация, перерождение в рак и рубцовая деформация желудка(стеноза привратника) подлежат хирургическому лечению. Консервативному лечению подлежат лишь неосложненные язвы.

Рак желудка – самая частая форма злокачественных новообразований у человека. Это положение в полной мере относится и к пожилым людям. В развитии рака желудка очень важную роль играют предраковые заболевания. К ним относятся полипы желудка, язва желудка, хронический атрофический гастрит. Имеет значение и наследственная предрасположенность.

Симптоматика. В начальный период пациент не имеет определенных жалоб. Отмечается снижение аппетита, отвращение к мясной пище. Появляется чувство тяжести в области желудка, усиливающееся после приема пищи, отрыжка, слюнотечение. В кале – положительная реакция на скрытую кровь. Развивается анемия.

Позднее появляется боль. Вначале она носит тупой непостоянный характер, затем становится нетерпимой. Иногда опухоль удается прощупать через переднюю брюшную стенку. Возможно развитие кровотечения, о чем свидетельствует рвота "кофейной гущей" и черный дегтеобразный кал.

Лечение рака желудка хирургическое. Если из-за тяжести состояния и наличия сопутствующих заболеваний операцию провести не представляется возможным, назначают симптоматическую терапию – обезболивающие средства, средства улучшающие пищеварение и т. п.

Роль медсестры при данной патологии:

- Оказывать психологическую поддержку пациенту и его родным
- Восполнять дефицит позитивной информации у пациента и его родных по заболеванию
- Выполнять назначения врача
- Оказать медицинскую доврачебную помощь при неотложном состоянии (кровотечение, прободение)
- Дать грамотный совет по диете и режиму
- Осуществить уход при возникших проблемах.