**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 ульцирогенное действие алкоголя не доказано, хотя он обладает мощным сокогонным действием и не имеет антацидного.

Из вредностей: СВЧ, вибрация, горячий цех.

**Факторы, влияющие на патогенез**

1. Внутренние:

Кислотно-пептический - повышение секреции HCl, увеличение 6-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 Campilobacter 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:

* предъязвенное 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). Аппетит 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 натощак и при различной кислотообразовательной функции. Таблетки (тест) дают пациенту рer os - они взаимодействуют с HСl, 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**.

**Метод Лепорского** (зондовый метод). Оценивается объем натощак (в норме 20-40 мл и качественный состав тощаковой 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

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

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

Препараты, снижающие продукцию HCl:

Антагонисты гистаминовых Н2-рецепторов (Н2 – 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 ахлоргидрии, 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 **д**олжна:

* 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 3. Положить пузырь со льдом на эпигастральную область 4. Запретить пить, есть, разговаривать 5. Измерить ЧСС и АД | Снятие эмоциональной и психологической нагрузки  Уменьшение кровотечения  Уменьшить кровотечения  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.

**Контрольные вопросы:**

1. Каковы основные причины развития ЯБ?
2. Факторы риска развития ЯБ.
3. Основные симптомы при ЯБ желудка.
4. Основные симптомы при ЯБ 12п. кишки.
5. Назовите основные принципы лечения ЯБ желудка и ЯБ 12п. кишки.
6. В чем заключается профилактика язвенной болезни?
7. Назовите осложнения ЯБ.
8. Ваши основные действия при желудочном кровотечении.
9. Симптомы прободения язвы желудка.
10. Симптомы желудочного кровотечения.
11. Основные признаки рака желудка.