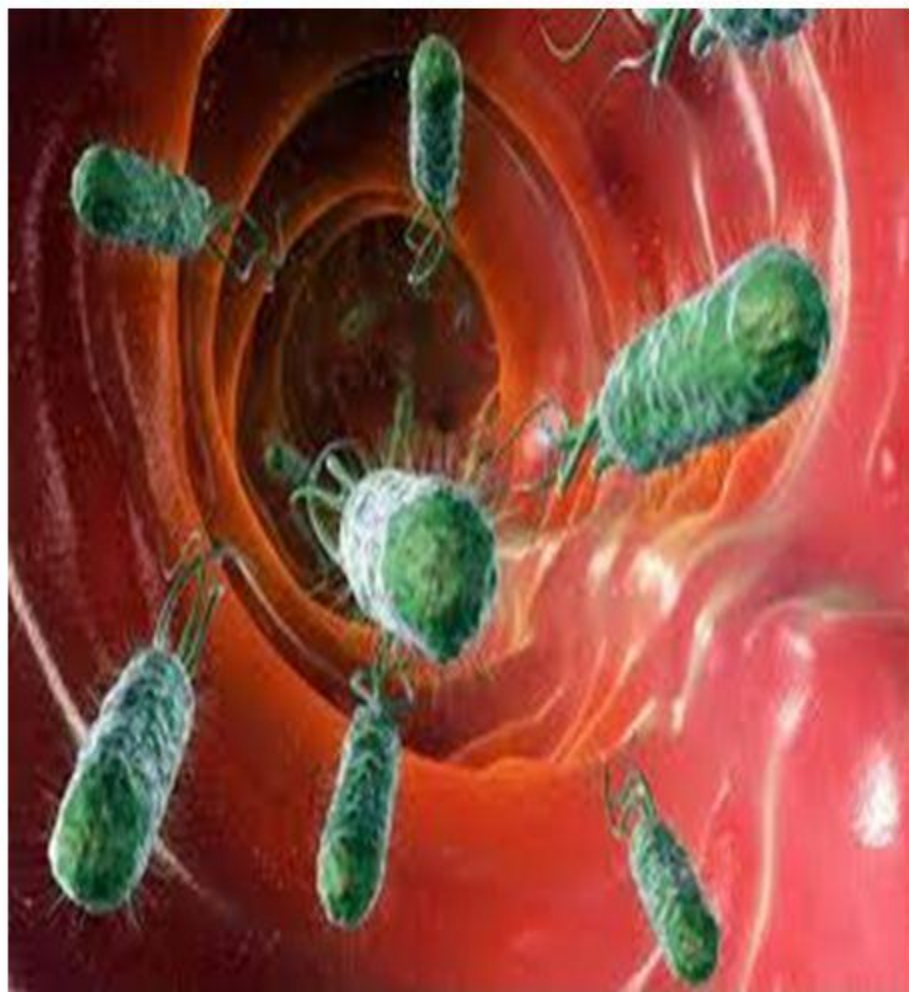


Лекция 8.2.

Сестринский уход при
заболеваниях органов
пищеварения

План

- Причины, факторы риска возникновения гастродуоденитов и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
- Клиника, принципы лечения, профилактика, уход, реабилитация при них.
- Роль медсестры в подготовке к лечебно-диагностическим методам исследования



Helicobacter pylori (традиционная транскрипция — геликобактер пилори) —

спиралевидная грамотрицательная бактерия, которая инфицирует различные области желудка и двенадцатиперстной кишки. Многие случаи язв желудка и двенадцатиперстной кишки, гастритов, дуоденитов, рака желудка и, возможно, некоторые случаи лимфом желудка этиологически связаны с инфекцией *Helicobacter pylori*. Однако у большинства (до 90 %) инфицированных носителей *Helicobacter pylori* не обнаруживаются никаких симптомов заболеваний.

Этиология хронических гастродуоденитов

Экзогенные причины

- 1.** Алиментарный фактор: нарушения качества, режима и ритма питания.
- 2.** Экологический фактор: обнаруживаемые в пищевых продуктах, воде атмосферные пестициды, гербициды, нитраты, нитриты, удобрения.
- 3.** Лекарственные средства: НПВС, ККС, антибиотики, сульфамиды, препараты наперстянки, резерпин и его производные, препараты кальция.
- 4.** Вредные привычки: алкоголизм, курение, наркомания.
- 5.** Инфекционный фактор: хеликобактер пилори – 85% ХГ и ХГД у детей
- 6.** Глистные и паразитарные инвазии (лямблиоз).
- 7.** Пищевая аллергия.

Эндогенные причины

- 1.** Психо-эмоциональный фактор – регуляторные нарушения нейроэндокринной и вегетативной нервной системы.
- 2.** Генетический фактор: коэффициент наследуемости 25,0 – 40,0%.
- 3.** Хронические заболевания сопряженных органов: поджелудочной железы, кишечника, дуодено-гастральный рефлюкс – 10,0 – 12,0%.
- 4.** Хронические соматические заболевания, сопровождающиеся гипоксией: хроническая пневмония, ВПС, ППС, ДЗСТ, заболевания почек с ПН.
- 5.** Хронические инфекции: туберкулез, сифилис, токсоплазмоз, ЦМВ.
- 6.** Хронические очаги инфекции: хронический тонзиллит, синусит, отит, кариес.
- 7.** Эндокринные заболевания и болезни обмена веществ: сахарный диабет I типа, аутоиммунный тиреоидит, хроническая недостаточность коры надпочечников, пернициозная и железodefицитная анемия – 1,0 – 3.0% у детей.
- 8.** Острый гастрит.
- 9.** Аутоиммунный гастрит – 15-18%.

Классификация хронического гастрита у детей
(«Сиднейская система» VIII, 1980, IX международный конгресс гастроэнтерологов)

I. Морфологическая часть	I. Этиологическая часть	III. Топографическая часть	IV. Активность процесса:
<p>1. Диагноз на основании эндоскопического исследования: а) эритематозный (поверхностный). Эрозивный, геморрагический; б) атрофический (умеренный, выраженный); в) гиперпластический.</p> <p>2. Диагноз на основании гистологического исследования: а) воспаление с эрозиями, кровоизлияниями; б) атрофический (умеренный, выраженный); в) нарушение клеточного обновления – метаплазия эпителия.</p>	<p>1. Аутоиммунный (тип А); 2. Хеликобактер пилори – ассоциированный (тип В); 3. Реактивный (тип С); 4. Идиопатический.</p>	<p>1. Антральный – очаговый. 2. Фундальный – очаговый 3. Тотальный (пангастрит) – распространенный</p>	<p>1. Отсутствует 2. Умеренная 3. Выраженная</p>

**Классификация хронического гастродуоденита у детей
(Сиднейская система, 1990, в модификации Шабалова Н.П., 1999)**

Форма	Этиология	Локализация	Эндоскопия	Гистология	Секреция	Период
Острый	Нр (-)	Антральный гастрит	Поверхностный	Воспаление:	Нормальная	Обострение
Хронический	Нр (+)	Фундальный гастрит	Эрозивный	а) слабое; б) умеренное; в) сильное	Повышенная	Субремиссия
Особые формы (гранулематозный, Эозинофильный)	Аутоиммунный	Пангастрит	Гиперпластический	Атрофия: а) слабая; б) умеренная ; в) выраженная	Пониженная	Ремиссия
	Реактивный	Дуоденит				
	Идиопатический	Антродуоденит				
		Распространенный гастродуоденит				
				Кишечная Метаплазия		

Диагноз: хронический гастродуоденит, гиперпластический антральный гастрит, эрозивный дуоденит с выраженной активностью воспаления, с повышенной секреторной функцией в стадии обострения

Классификация язвенной болезни у детей (Баранов А.А., 1996)

Локализация	Клиническая фаза и эндоскопическая стадия	Тяжесть	Осложнения
<p>а) желудка:</p> <ul style="list-style-type: none"> - медиогастра-льная; - пилоро-антральная 	<p>а) обострение:</p> <ul style="list-style-type: none"> I – свежая язва: II – начало эпителизации 	<p>Легкое</p> <p>Среднетяжелое</p> <p>Тяжелое</p>	<p>Кровотечение</p> <p>Перфорация</p> <p>Пенетрация</p> <p>Стеноз</p> <p>Перивисцерит</p>
<p>б) 12-перстной кишки</p> <ul style="list-style-type: none"> - бульбарная; - постбульбар-ная 	<p>б) стихание обострения</p> <ul style="list-style-type: none"> III - заживление язвы: - без рубца; - рубцовоязвен-ная деформация 		
<p>в) желудка и 12-перстной кишки</p>	<p>в) ремиссия</p>		

Язва желудка и 12-перстной КИШКИ



**ТЯЖЕСТЬ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
СРОКАМИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ЯЗВЫ, НАЛИЧИЕМ ИЛИ
ОТСУТСТВИЕМ ОСЛОЖНЕНИЙ, ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ
РЕМИССИИ И ЧАСТОТОЙ РЕЦИДИВОВ**

Легкое течение – заживление в срок до 1 месяца, ремиссия более 1 года

Средней тяжести – заживление более 1 месяца и ремиссия менее 1 года

Тяжелое течение – частые рецидивы более 2-х раз в 1 год, сочетание и множественные язвы, длительные сроки заживления, наличие осложнений

Особенности язвенной болезни у детей

- 1. Преимущественная локализация язв в двенадцатиперстной кишке;**
- 2. Отсутствие выраженного преобладания заболеваемости лиц мужского пола;**
- 3. Более частое повышение рН желудочного сока у детей;**
- 4. Более редкие осложнения в виде перфорации, кровотечения;**
- 5. Значительно меньшая заболеваемость и летальность у детей;**
- 6. Отсутствие четкой локализации болезненного процесса у детей раннего возраста**



Антихеликобактерная терапия хронических гастритов и гастродуоденитов у детей

Тройная эрадикационная терапия

Вариант 1

Омепразол (Лосек, Омез) по 20 мг 2р/день – 7 дней
или утром и вечером (1-2 мг/кг/сутки)
Лансопразол (Лансофед, Ланзап) по 30 мг 2 р/день - дней
или утром и вечером

Ранитидин – висмут цитрат (пилорид) по 400 мг 2р/день - дней
+

Кларитромицин (кларид) 7,5 мг/кг/сутки в 2 приема – 7 дней с едой
или

амоксциллин (флемоксин Солютаб) 50 мг/кг/сутки в 3 приема – 7 дней с едой
или

тетрациклин детям старше 8 лет 20-25 мг/кг/сутки

+ метранидозол 15 мг/кг/сутки в 2 приема – 7 дней с едой
или

фуразолидон 10 мг/кг/сутки в 3 приема – 7 дней с едой

Четвертная эрадикационная терапия

Вариант 2 (резервный)

Омепразол
или
По 20 мг 2 р/день – 7 дней

Фамотидин
или
По 20 мг 2 р/день

Ранитидин
+
150 мг 2р/день

Коллоидный субстрат висмута
7 дней
(де-Нол)
+
4 мг/кг/сут в 4 приема за 30 мин до еды –

Амоксициллин (флемоксин Солютаб) 50 мг/кг/сутки в 3 приема с едой – 7 дней
или

Тетрациклин (детям старше 8 лет) 20-25 мг/кг/сутки в 4 приема с едой - 7 дней

Метронидазол
15 мг/кг/сутки в 2 приема с едой

Тройная эрадикационная терапия на основе препарата висмута

(применяется при гастритах, гастродуоденитах и язвенной болезни, ассоциированных с *H. pylori*, без выраженного болевого синдрома)

Де-Нол 240 мг 2 р/день Метронидазол 400 мг 3 р/день Амоксициллин 500 мг 3 р/день Длительность – 7 дней (эрадикация – 81,0%)	Де-Нол 120 мг 4 р/день Метронидазол 400 мг 4 р/день Тетрациклин 500 мг 4 р/день Длительность – 7 дней (эрадикация – 89,0%)	Де-Нол 240 мг 2 р/день Метронидазол 400 мг 2 р/день Кларитромицин 250 мг 2 р/день Длительность – 10 дней (эрадикация – 95,0%)
Де-Нол 240 мг 2 р/день Фуразолидон 100 мг 4 р/день Амоксициллин 500 мг 4 р/день Длительность – 14 дней (эрадикация – 86,0%) %		Де-Нол 240 мг 2 р/день Фуразолидон 100 мг 2 р/день Кларитромицин 250 мг 2 р/день Длительность – 7 дней (эрадикация – 92,0%)
Де-Нол 240 мг 2 р/день Кларитромицин 250 мг 2 р/день Амоксициллин 1000 мг 2 р/день Длительность – 7 дней (эрадикация – 93,0	Де-Нол 120 мг 4 р/день Кларитромицин 250 мг 4 р/день Тетрациклин 250 мг 4 р/день Длительность – 10 дней (эрадикация – 723,0%)	Де-Нол 240 мг 4 р/день Кларитромицин 500 мг 2 р/день Омепразол 40 мг 2 р/день Длительность – 7 дней (эрадикация – 83,0%)

А Н Т А Ц И Д Ы

Алюминийсодержащие:

Компенсан
Актал
Альфогель
Фосфалюгель

По 1 доз. л. 3 раза в день в межпищеварительный период и на ночь.
Показаны при склонности к поносам.

Магнийсодержащие:

Магниевое молочко
Магалфил 400

По 1 доз. л. 3-4 раза в день и на ночь при склонности к запорам

Комбинированные (алюминий + магний-содержащие) :

Альмаг 1
Альгикон 0,8
Мегалак 1
Маалокс (суспензия) 0,9
Маалокс (таблетки) 1,1
Протаб 3
Намегел черри 1

Быстрорастворимые, содержащие карбонатную группу:

Сода
CaCO₃
Кальмагин
Эндрюс Ливер Саль

Не рекомендуется применять регулярно

Антисекреторные препараты

<i>М-холинолитики</i>	<i>Блокаторы H₂-гистаминорецепторов</i>	<i>Ингибиторы H⁺ и K⁺, Na⁺ - АТФазы - блокаторы протонных насосов</i>
<p>Неселективные: Атропин, папаверин, но-шпа, метацин, хлорозил. Не рекомендуется применять в детском возрасте</p> <p>Селективные: Гастроцепин (внутри по 25 мг утром и на ночь 3-4 недели) перед едой Риабал (1 мг/кг 3 раза в день 2-3 недели)</p>	<p>I. Циметидин, тагамет, примамет, гистодил (1000 мг/сутки)</p> <p>II. Ранитидин, раниберл, зантак, ацилок Е, ранисан, гистак, рантак, ацидекс (300-450 мг/сутки) 4-6 недель</p> <p>III. Фамотидин, ульфамид, квамател, гастросидин (40 мг/сутки) в 1-2 приема</p> <p>IV. Низатидин, аксид (20-40 мг/сутки)</p> <p>V. Роксатидин (20-40 мг/сутки).</p> <p>Предпочтительно II и III группы. Дозировка детям старше 12 лет.</p>	<p>I. Омепразол, омепрол, лосек, осид 30-60 мг/сутки в 1-2 приема</p> <p>II. Лансопразол</p> <p>III. Пантолпразол</p> <p>Не рекомендуется применять в детском возрасте</p>

СМЕКТА

Защита нормальной микрофлоры

Воздействие на патогенную флору и клостридиум
диффициле

Более эффективна, чем заместительная
микрофлора

Безопасна

Смекта воздействует на факторы агрессии посредством:

- фиксация патогенных микроорганизмов, таких как *Helicobacter pylori*, *E. Coli*, *Campylobacter jejuni* < rotavirus, ...
- фиксация пепсина
- хелации желчных солей
- абсорбции кишечных газов

Действие смекты

- восстановление разрушенных бокаловидных клеток
- снижение потерь воды и электролитов
- восстановление активности ферментов

Принципы терапии при лечении хронической гастродуоденальной патологии

Метод лечения	Ваготония	Симпатикотония
Медикаментозная терапия	<p>Тонизирующие препараты: Экстракт элеутерококка, настойка женшеня, заманихи, аралии, левзеи, китайского лимонника, радиолы розовой по 1-2 кап/год жизни, но не более 15 капель на прием 3 /день за 20-30 мин до еды, длительно, прерывистыми курсами (1 месяц пить, 1 месяц перерыв). В тяжелых случаях – амизол – 1-3 мг/сутки, сиднокарб 5-10 мг/сутки в 1-й половине дня 2-4 месяца.</p>	<p>Седативные препараты: персен, саносан, настои шалфея, боярышника, корня валерианы, пустырника, багульника, зверобоя, микстура Павлова с настоем корня валерианы. Дозы индивидуальные 3 раза в день за 20-30 минут до еды, длительно, прерывистыми и курсами. В тяжелых случаях – транквилизаторы: седуксен 5-15 мг/сутки, тазепам 15-30 мг/сутки, элениум 5-15 мг/сутки.</p>
Физиотерапия	<p>Электрофорез с хлоридом кальция, метазоном, кофеином на шейно-затылочную область № 10-12. повторить через 1,5-2 месяца. Солено-хвойные и родоновые ванны</p>	<p>Электрофорез с 0,5% раствором эуфиллина, папаверином, магнием, бромом на шейно-затылочную область № 10-12, повторить через 1,5-2 месяца. Углекислые и сульфидные ванны.</p>



***Благодарю
за
внимание!***