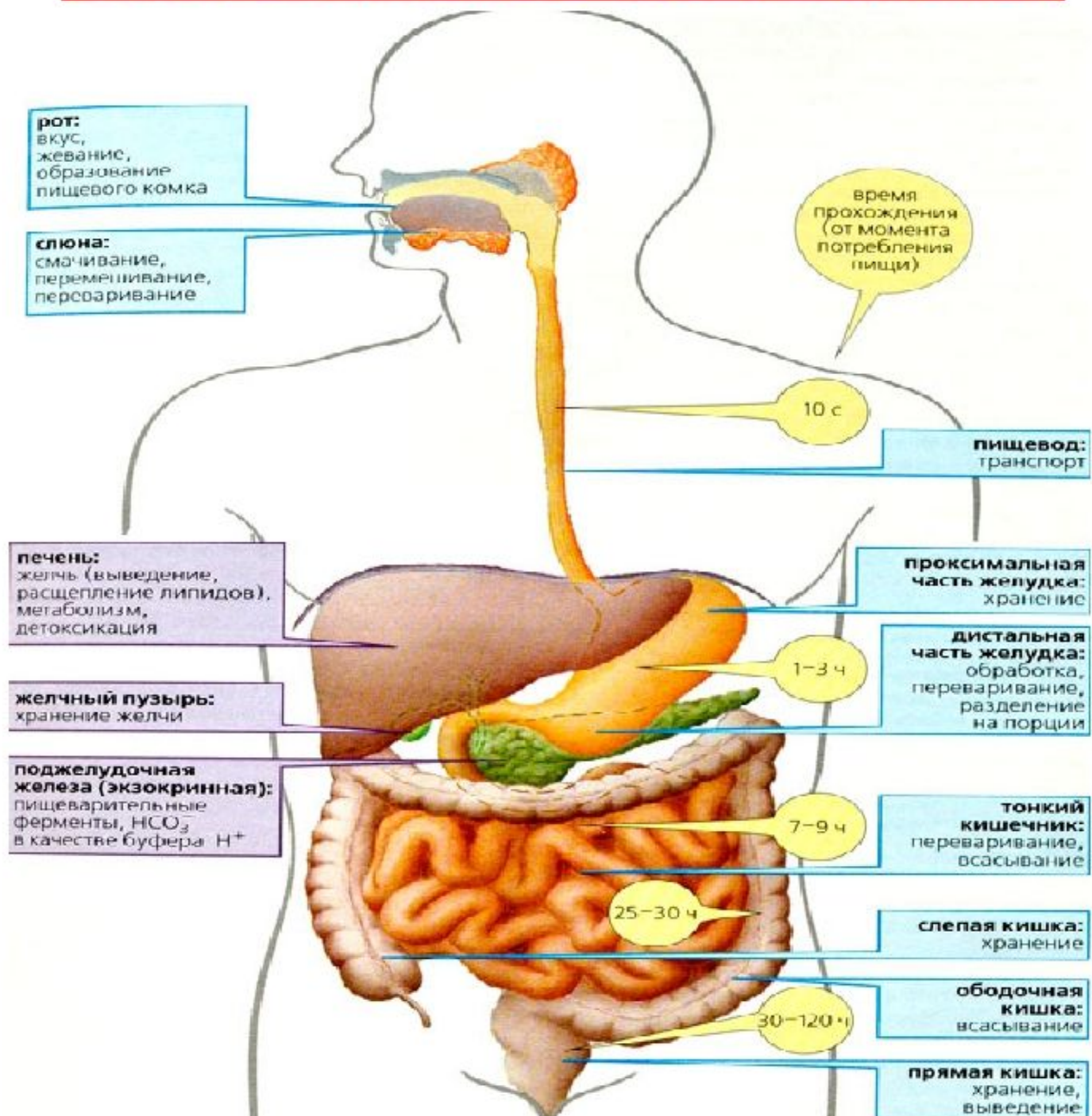


ПТФС органов пищеварения



Функции пищевода

- **Моторно-эвакуаторная:** продвижение пищевого комка
- **Секреторная:** выработка слизи
- **Защитно-барьерная:** предотвращение рефлюкса

Функции желудка

- **Депонирующая:** несколько часов
- **Секреторная:** выработка желудочного сока
- **Моторная:** перемешивание пищи, продвижение в ДПК
- **Всасывательная:** вода, спирт, глюкоза, аминокислоты, мин вещества

Функции желудка

- **Экскреторная:** выведение продуктов обмена (мочевина, креатинин, ...)
- **Инкреторная:** выработка гормонов (пепсиноген, гастрин)
- **Защитная:** НСЛ - барьер для патогенной флоры и токсических веществ

Железы желудка

- Кардиальные, фундальные, пилорические
- Главные: пепсиноген, липаза
- Добавочные: мукоидный секрет
- Обкладочные: соляная кислота
- Гастрин, гистамин – стимулируют секрецию HCL

2. Проблемы пациента при заболеваниях пищевода

- Дисфагия (затруднение)
- Пищеводная рвота (съеденной пищей)

Диагностика: ФЭС, R-ск, R-гр (норма: ровная трубка, без дивертикулов)

Основные заболевания:

Спазм / стеноз пищевода

Эзофагит

Рак пищевода

Проблемы пациентов при заболеваниях желудка

БОЛИ + ДИСПЕПСИЧЕСКИЙ СИНДРОМ БОЛИ

Локализация: подложечная область

Зависимость: от приема пищи

Характер: разлитой /
распространенный / локальный

Иррадиация: в спину и правую половину
грудной клетки

Виды: ранние / поздние / ночные /
голодные

Ранние боли

- Появляются: сразу или до 1ч после еды
- Характерны: для хронического гастрита, язвы желудка
- Причина: раздражение язвы пищей

Поздние боли

- Появляются: через 1,5 – 3 часа после еды
- Характерны: для язвенной болезни ДПК
- Причина: раздражение язвы, избыточно выделяющимся не связанным с пищей кислым желудочным соком

Голодные боли

- Затяжные поздние боли стихающие непосредственно вслед за едой
- Прекращение болей в таких случаях зависит от разведения и связывания пищей соляной кислоты желудочного сока

Ночные боли

- Близки к поздним и голодным.
- часто встречаются у больных ЯБ ДПК, как правило в одно и то же определенное время (например, в 2-3 часа ночи).
- подобно голодным, ночные боли стихают после еды, приема щелочей.

Постоянные боли

- Причины: пенетрирующие язвы, рак желудка, спаечные процессы на почве ЯБ.

Интенсивность и длительность болей

- **Тупые, ноющие боли – хр. гастрит, рак желудка.**
- **Острые, режущие боли – ЯБ**
- **Крайне сильные боли – рак желудка**
- **Острейшие, невыносимые боли – перфорация, пенетрация язвы**

Диспепсические расстройства

- Нарушения аппетита
- Тошнота (самостоятельная или предшествует рвоте)
- Рвота:
 - приносящая и не приносящая облегчение;
 - рвота кислой жидкостью с небольшой примесью остатков пищи
 - рвота, содержащая пищу съеденную накануне
 - Рвота, содержащая примеси желчи
 - Рвота, содержащая кровь («Кофейная гуща»)

Диспепсические расстройства

Отрыжка:

- Отрыжка воздухом – при уменьшении рН желудочного сока
- Отрыжка пищей и горьким – при секреторной недостаточности
- Отрыжка кислым – при увеличении рН желудочного сока
- Отрыжка тухлым – при гастрите с секреторной недостаточностью, атонии желудка

Диспепсические расстройства

Изжога (Чувство жжения в верхней части подложечной области и по ходу пищевода, в результате рефлюкса кислого сока)

Мелена (черный неоформленный кал, дегтеобразного вида) – кровотечение из желудка / язвы

3. Основные методы обследования пищевода и желудка

Лабораторная диагностика:

Показатель	Мужчины	Женщины
Общий анализ крови:		
Hb	130-180г/л	120-160г/л
L	$4,3-10,8 \cdot 10^9$	$4,3-10,8 \cdot 10^9$
Er	$4,9 \cdot 10^{12}$	$4,9 \cdot 10^{12}$
СОЭ	0-15	0-20

Б/Х анализ крови:

Показатель	Значение
Белок общий	55-80 г/л
Билирубин общий	5,1-17 мкмоль/л
Глюкоза	4,2—6,4 ммоль/л
Холестерин	До 5,2 ммоль/л
АлАТ, АсАТ	0,1—0,58 мкмоль/л
ЩФ	0,5—2,0 мккат/л

Фракционное зондирование – знать!

Кислотность желудочного сока:

Показатель	Значение
pH	1,6-2,0
Общая кислотность	40-60
Свободная HCl	25-40
Связанная HCl	10-15

Инструментальная диагностика: ФГС,
R-гр желудка (знать подготовку)

Основные заболевания:

Гастриты

Рак желудка

ЯБ желудка и ДПК

4. Сестринский уход при гастритах



Гастрит- это воспалительное повреждение слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением моторики и секреции.

Виды:

Острый и Хронический

ОСТРЫЙ ГАСТРИТ
(катаральный,
коррозивный,
флегманозный)

Факторы риска (этиология)

- Прием недоброкачественной пищи
- Злоупотребление острой пищей, алкоголем
- Прием горячей пищи, переедание
- Прием гастротоксичных препаратов
- Хронические очаги инфекции
- Нарушения обменных процессов

Проблемы пациента (клиника) при катаральном гастрите

- Общие с-мы интоксикации (озноб, субфебрилитет, г/б, слабость)
- Чувство тяжести, жжения и дискомфорт в области мечевидного отростка
- Умеренная боль
- Отрыжка (съеденной пищей), рвота
- Понос

Потенциальная проблема:
интоксикация

Осмотр:

- Сознание ясное
- Бледность к/п
- Язык обложен налетом (серо-белый)
- Пальпаторно: умеренная болезненность в эпигастрии (разлитая)

Диагноз = анамнез + клиника

Диагностика коррозивного гастрита:

- Этиология – повреждающие агрессивные вещества (кислоты и т.д.)
- Проблемы – боль по ходу пищевода и желудка, рвота с кровью и тканями
- При осмотре – следы ожогов на **слизистых**

Потенциальная проблема:
перфорация стенки желудка

Диагностика флегманозного гастрита:

- Этиология – инфицирование, осложнение
- Проблемы – лихорадка, изжога, рвота, выраженная боль
- При осмотре – состояние тяжелое

Потенциальные проблемы: гнойные заболевания - абсцессы, плевриты и пр.

Слизистая оболочка желудка при различных формах гастрита



атрофический



полипозный



коррозивный



флегмонозный

**ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ
(гипоцидный и
гиперацидный,
ассоциированный с
Helicobacter Pylori)**

Классификация хронических гастритов

- По этиологии – ассоциированный с *Helicobacter Pylori*, аутоиммунный
- По локализации – фундальный, пангастрит, антральный
- По морфологии – атрофический, гиперпластический
- По секреции – секреторная недостаточность, увеличенная секреция

Факторы риска, этиология

См. острые гастриты, +:

- Острые гастриты в анамнезе
- Инфицирование *Helicobacter Pylori*
- Профессиональные вредности
- Тканевая гипоксия

Патогенез: повреждение слизистой – нарушение регуляции и регенерации – изменение секреции – расстройство моторики

Проблемы пациентов при хроническом гастрите

ОБЩИЕ проблемы:

- Интоксикационный синдром
- Диспепсический синдром
- Болевой синдром (в эпигастрии)

Проблемы пациентов при хронических гастритах

	Антральный (=гиперацидный) гастрит	Фундальный (=гипоцидный) гастрит
Этиология	Helicobacter Pilyory У молодых	У пожилых
Изжога	Характерна	Не характерна
Отрыжка	Кислая	Тухлым
Боли	Через 1-1,5ч после еды	Сразу после еды
Секреция жел сока	Повышенная	Пониженная
Расстройств а стула	Запоры	Поносы, метеоризм

Потенциальные проблемы пациентов с хр.гастритом

- Кровотечение (ассоциированный с *Helicobacter Pylori*)
- Язвенная болезнь (ассоциированный с *Helicobacter Pylori*)
- Рак желудка (фундальный)
- В12 дефицитная анемия (фундальный)

Сестринские вмешательства: взаимозависимые

- ОАК (анемия)
- рН желудочного сока – гипоцидное или гиперацидное состояние
- R-скопия – истончение слизистой

Сестринские вмешательства: зависимые

При **фундальном (гипоцидном)
гастрите:**

- Повысить секрецию (соляная кислота, ацидин-пепсин)
- Ферменты (мезим),
- Улучшение моторики желудка (мотилиум)
- Витамины
- СКУ

Сестринские вмешательства: зависимые

При антральном (гиперацидном)
гастрите:

- Снизить секрецию:
 - антациды - маалокс
 - блокаторы протонной помпы - омез
 - блокаторы H₂ рецепторов - ранитидин
 - препараты висмута - Де-нол
- Антибиотики (при наличии H. Pylori)
- Противомикробные – Метронидазол
- СКУ

5. Сестринский уход при раке желудка



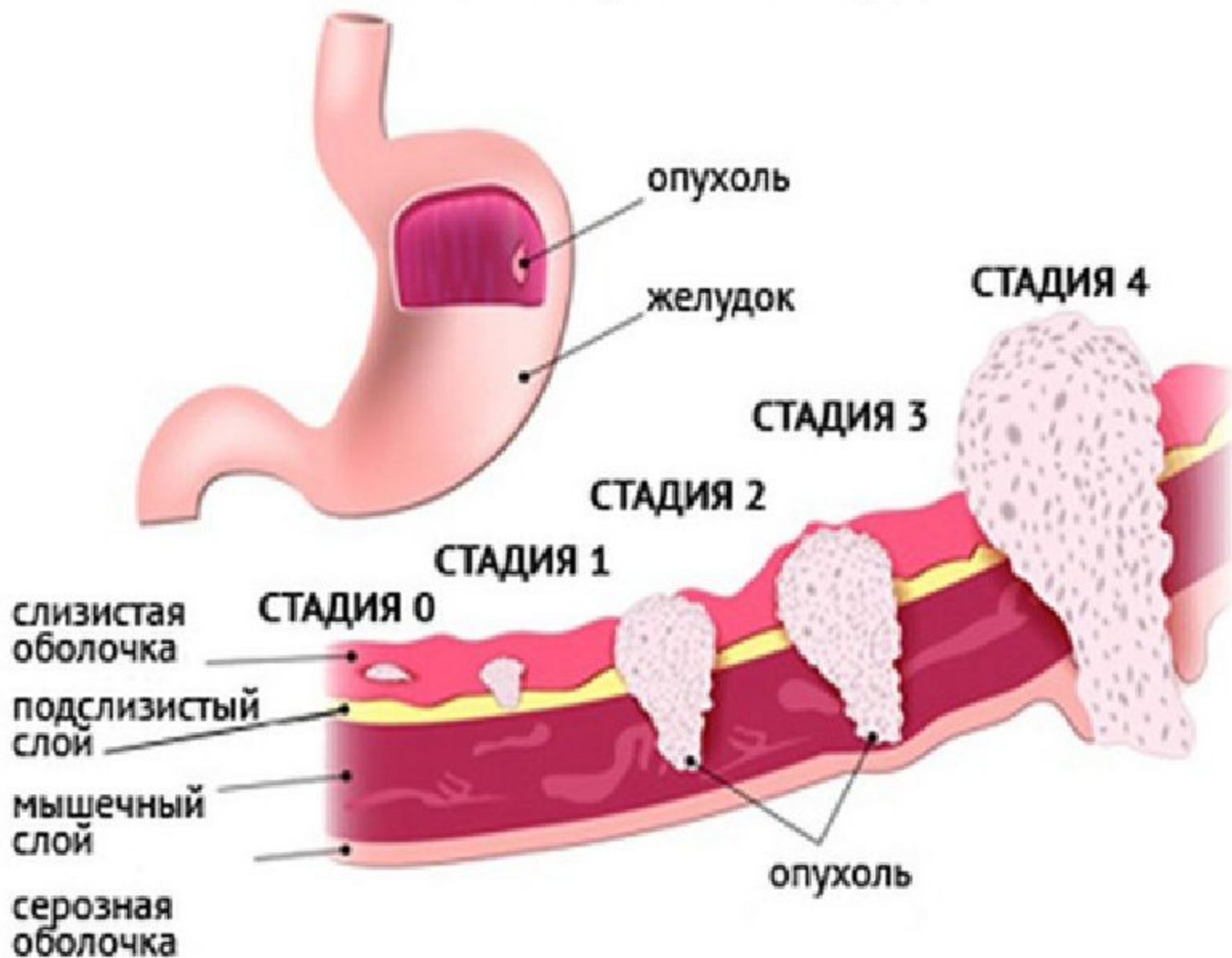
Факторы риска, этиология:

- Наследственность
- Профессиональные вредности
- Радиоактивное облучение
- Онкогенные вирусы
- Снижение иммунного статуса
- Гастриты, язвенная болезнь желудка и ДПК

Стадии рака желудка

- 1 стадия** – опухоль до 2см в диаметре, не прорастает за пределы слизистой
- 2 стадия** – опухоль 4-5см в диаметре, прорастает слизистую и мышечный слой, имеет одиночные метастазы
- 3 стадия** – опухоль прорастает все слои желудка, имеет множественные метастазы
- 4 стадия** – опухоль разных размеров, имеет отдаленные метастазы

Развитие рака желудка



Проблемы пациента (клиника)

- Ранняя стадия – «малые признаки»: слабо выраженные **интоксикационный** и **диспепсический с-мы**, желудочный дискомфорт, апатия
- Клиническая стадия – болевой с-м, анорексия, исхудание, кровотечения. Бледность к/п, пальпируются метастазы
- Терминальная стадия – ярко выраженный болевой с-м, неукротимая рвота, асцит, кахексия, общая интоксикация

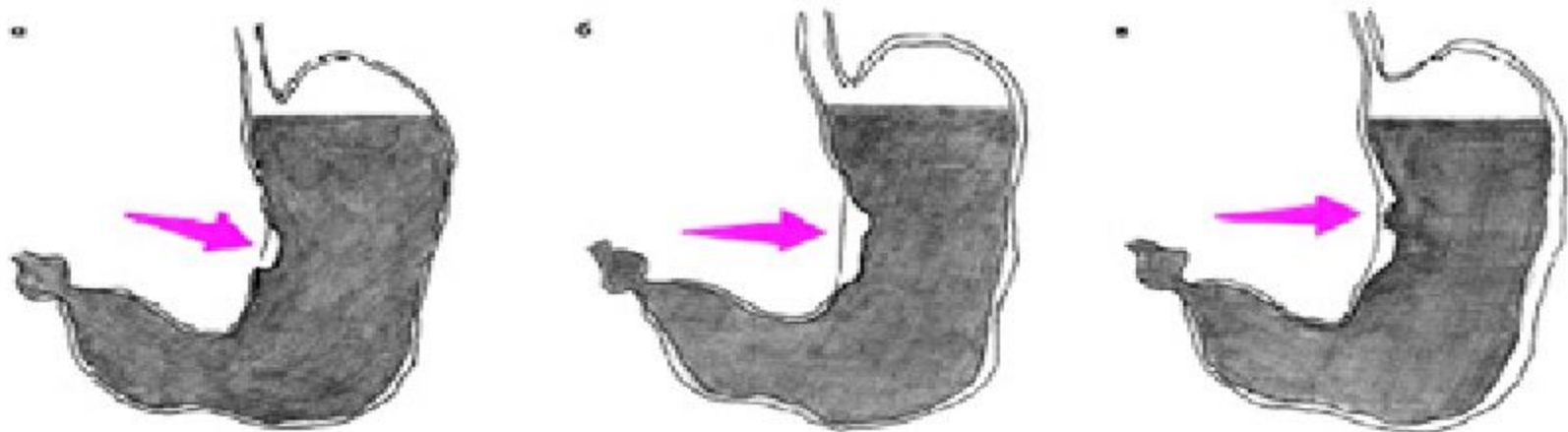
Потенциальные проблемы при раке желудка

- Неудобство перед окружающими
- Страх смерти
- Истощение
- Кровотечение
- Перфорация стенки желудка

Сестринские вмешательства:

Взаимозависимые

- R-гр (дефект наполнения желудка)



- ФГС + биопсия
- ОАК: увеличение СОЭ, анемия, лейкоцитоз
- Кал на скрытую кровь (положительный)

Сестринские вмешательства: независимые

- Паллиативная помощь пациенту и родственникам
- Обучение родственников уходу за пациентом
- Проводить беседы по внушению уверенности в себе

Сестринские вмешательства: зависимые

**Оперативная терапия (резекция +
удаление л/у)**

Консервативная терапия:

- Химиотерапия (фторурацил)
- Лучевая терапия
- Симптоматическая терапия (в неоперабельных случаях)

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!