

Тема

Сестринский уход при язвенной болезни





ПЛАН ЗАНЯТИЯ

- Определение понятий "язвенная болезнь" желудка и 12 перстной кишки.
- Факторы риска и причины.
- Принципы диагностики, лечения, профилактики.
- Клинические проявления. Возможные проблемы пациентов (боль, изжога, рвота, дефицит знаний и др.).
- Возможные осложнения: прободение, кровотечение, рубцово-язвенный стеноз привратника, малигнизация язвы.
- Неотложная помощь при желудочном кровотечении

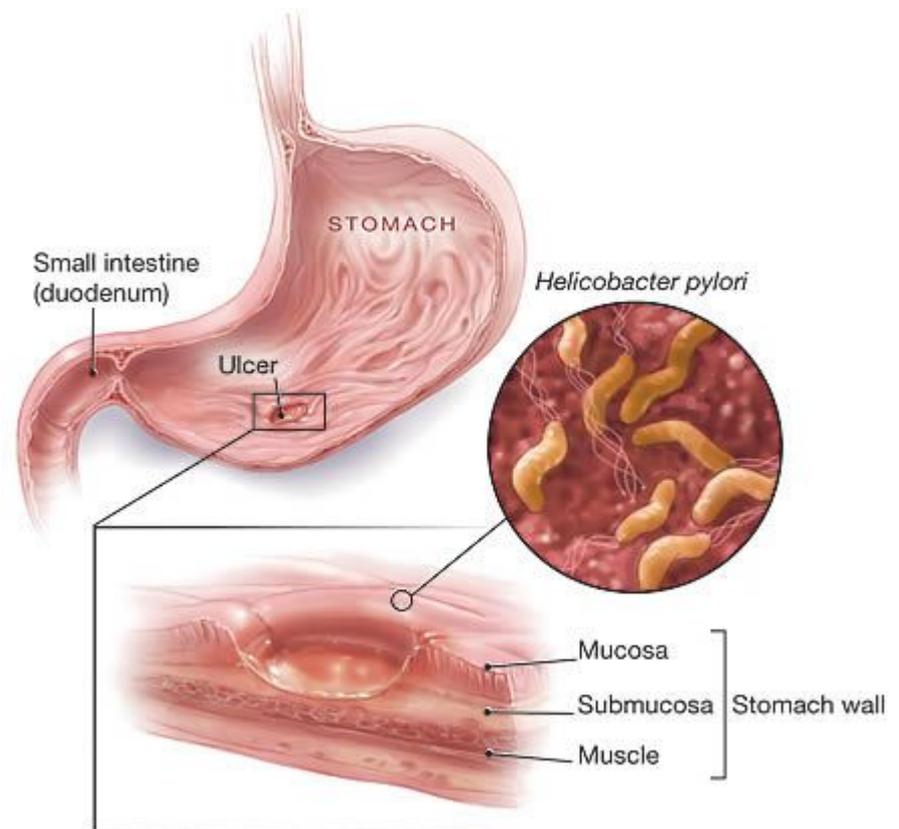


Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

- хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, *основным морфологическим признаком которого выступает образование язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки*
- отличие эрозии от язвы в том, что эрозии не проникают за мышечную пластинку слизистой оболочки

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Распространённость — 5–10% взрослого населения, преимущественно мужчины в возрасте до 50 лет





ФАКТОРЫ РИСКА

- наличие *Helicobacter pylori*;
- приём НПВП;
- нервно-психический (стрессовый) фактор;
- повышение секреции желудочного сока и снижение активности защитных факторов слизистой оболочки (мукопротеинов, бикарбонатов);
- вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем);
- наличие язвенной болезни у близких родственников

- 
- *У 5-10% больных с дуоденальными язвами и у 15-20% пациентов с язвами желудка развитие заболевания может происходить без участия НР*



Боль — наиболее типичный признак

- **Ранние боли** возникают через 0,5–1 ч после еды, постепенно нарастают по интенсивности, сохраняются в течение 1,5–2 ч, уменьшаются и исчезают по мере продвижения желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку; характерны для язв тела желудка. При поражении кардиального, субкардиального и фундального отделов болевые ощущения возникают сразу после приёма пищи.
- **Поздние боли** возникают через 1,5–2 ч после еды, постепенно усиливаются по мере эвакуации содержимого из желудка; характерны для язв пилорического отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.

- 
- **«Голодные» (ночные) боли** возникают через 2,5–4 ч после еды, исчезают после очередного приёма пищи; характерны для язв двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка.
 - **Сочетание ранних и поздних болей** наблюдают при сочетанных или множественных язвах.
 - **Интенсивность боли** может зависеть от возраста (более интенсивная у лиц молодого возраста), наличия осложнений.

Отсутствие типичного характера болей не противоречит наличию язвенной болезни. Возможны тошнота и рвота. Обязательно необходимо уточнить у больного наличие эпизодов рвоты кровью или чёрного стула (мелены).



Наиболее типичная проекция болей в зависимости от локализации язвенного процесса

- **при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка — область мечевидного отростка;**
- **при язвах тела желудка — эпигастральная область слева от срединной линии;**
- **при язвах пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки — эпигастральная область справа от срединной линии; пальпация эпигастральной области может оказаться болезненной**

- При физикальном обследовании характерны **симптом точечной болезненности и местного напряжения брюшной стенки** при наружной пальпации

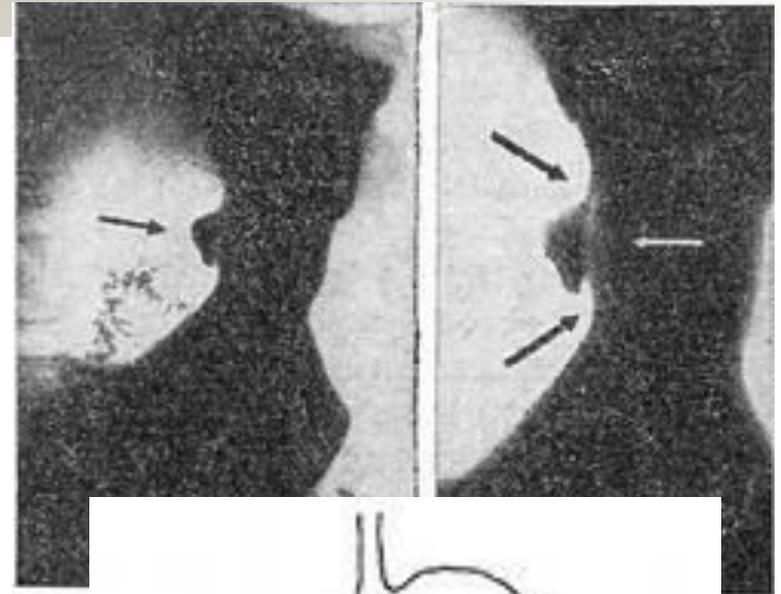


ДИАГНОСТИКА

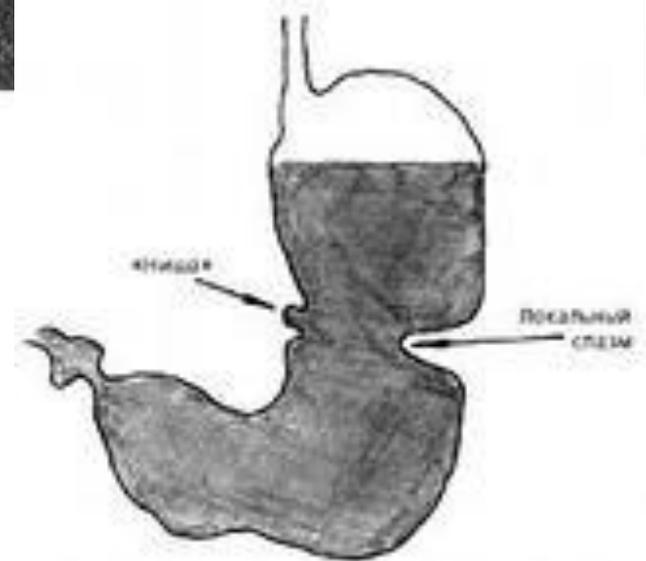
- **ФЭГДС:** позволяет визуализировать язвенный дефект. При наличии язвы желудка необходимо взятие биоптатов из дна и краёв язвы и их исследование для исключения опухоли
- **Контрастное рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ** позволяет выявить язвенный дефект, однако по чувствительности и специфичности рентгенологический метод уступает эндоскопическому



- ***Симптом «ниши»:*** тень контрастной массы, заполнившей язвенный кратер, косвенные признаки — наличие жидкости в желудке натощак, ускоренное продвижение контрастной массы в зоне язвы.

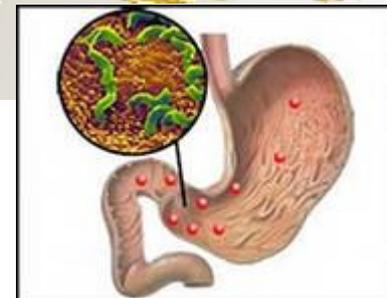


- ***«Симптом указующего перста»:*** в желудке и луковице спазм возникает не только на уровне язвы, но и на стороне, противоположной патологическому процессу.



- 
- **Внутрижелудочная рН-метрия.** При язвенной болезни наиболее часто обнаруживают повышенную либо сохранённую кислотообразующую функцию желудка.
 - **УЗИ органов брюшной полости:** для исключения сопутствующей патологии
 - **КТ:** при необходимости уточнения диагноза (например, при эндофитном росте опухоли)

ВЫЯВЛЕНИЕ HELICOBACTER PYLORI



ИНВАЗИВНЫЕ ТЕСТЫ: проведение ФЭГДС с биопсией слизистой оболочки желудка

- Гистологический метод. Срезы окрашивают по Романовскому–Гимзе, Уортину–Старри и др.
- Цитологический метод — мазки-отпечатки биоптатов слизистой оболочки желудка окрашивают по Романовскому–Гимзе и Граму.
- Биохимический метод (быстрый уреазный тест): биоптат слизистой оболочки желудка инкубируют в жидкой или гелеобразной среде, содержащей мочевины, в присутствии индикатора. При наличии в биоптате *H. pylori* его уреазы превращает мочевины в аммиак, что изменяет pH среды и, следовательно, цвет



НЕИНВАЗИВНЫЕ ТЕСТЫ

- **Серологические методики:** обнаружение АТ к *H. pylori* в сыворотке крови. Метод наиболее информативен при проведении крупных эпидемиологических исследований. Клиническое применение теста ограничено тем, что он не позволяет дифференцировать факт инфицирования в анамнезе от наличия *H. pylori* в настоящий момент
- **Дыхательный тест** — определение в выдыхаемом больным воздухе CO_2 , меченого изотопами ^{14}C или ^{13}C , который образуется под действием уреазы *H. pylori* в результате расщепления в желудке меченой мочевины. Дыхательный тест позволяет эффективно диагностировать результат эрадикационной терапии.
- **ПЦР:** можно исследовать как биоптат, так и фекалии больного



ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ ДРУГИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

- **Хирург:** при подозрении на наличие осложнений — кровотечения, перфорации, пенетрации язвы, стенозирования.
- **Онколог:** при подозрении на злокачественный характер изъязвления.
- **Смежные специалисты:** при необходимости консультаций по поводу сопутствующих заболеваний.



ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ

- Эрадикация *H. pylori*
- Заживление язвенного дефекта и быстрая ликвидация симптоматики заболевания
- Достижение стойкой ремиссии
- Предупреждение развития осложнений



ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- **ЯБ с клинической картиной выраженного обострения (выраженный болевой синдром).**
- **Обнаружение в желудке изъязвлений, требующих дифференциальной диагностики между доброкачественными язвами и раком желудка.**
- **Признаки желудочно-кишечного кровотечения (мелена, рвота кровью и др.), перфорации и пенетрации язвенного дефекта.**
- **Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с наличием осложнений в анамнезе.**
- **Язвенная болезнь с сопутствующими заболеваниями.**



НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- **РЕЖИМ:** Больным необходимо обеспечить охранительный режим с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, прекратить курение и употребление алкоголя. Рекомендации по изменению образа жизни следует давать в соответствии с общим состоянием больного и наличием у него других заболеваний.
- **ДИЕТА:** Питание должно быть частым, дробным, механически и химически щадящим с исключением блюд, вызывающих или усиливающих клинические проявления заболевания (например, острых приправ, маринованных и копчёных продуктов).
- **ПРОЧИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:** Необходимо убедиться в том, что пациент не принимает НПВП (в том числе анальгетики в связи с различными болевыми синдромами или ацетилсалициловую кислоту с целью профилактики). При необходимости их длительного применения следует рассмотреть возможность уменьшения дозы препарата или замены на другое ЛС, обладающее меньшим воздействием на слизистую оболочку ЖКТ. Нужно помнить, что приём НПВП вместе с пищей не ослабляет их негативного воздействия на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки, также неэффективна замена НПВП на лекарственные формы с кишечнорастворимым покрытием.



ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

- **Терапия первой линии:** стандартная комбинация трёх ЛС — наиболее эффективная схема эрадикации:
- ✧ любой из ингибиторов протонного насоса (омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол) или ранитидин;
- ✧ висмута трикалия дицитрат в стандартной дозе 2 раза в день;
- ✧ кларитромицин 500 мг 2 раза в день;
- ✧ амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день.

в течение как минимум 7 дней, целесообразнее — 10–14 дней

Учитывая высокий уровень резистентности *H. pylori* к метронидазолу в России, сочетание кларитромицина с амоксициллином предпочтительнее, чем кларитромицина с метронидазолом.

- 
- *При неосложнённой язвенной болезни двенадцатиперстной кишки нет необходимости продолжать антисекреторную терапию после проведения курса эрадикации.*
 - *При обострении язвенной болезни желудка, а также при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, протекающей на фоне тяжёлых сопутствующих заболеваний или с осложнениями, рекомендуют продолжить антисекреторную терапию с использованием одного из антисекреторных препаратов (более эффективных ингибиторов протонного насоса, блокаторов H₂-рецепторов гистамина) в течение 2–5 нед для эффективного заживления язвы.*

- 
- *Протокол эрадикационной терапии предполагает обязательный **контроль её эффективности**, который проводят через 4–6 нед после окончания приёма антибактериальных препаратов и ингибиторов протонного насоса*
 - *Оптимальный метод диагностики инфекции *H. pylori* на данном этапе — дыхательный тест, однако при его отсутствии можно воспользоваться другими методами диагностики*



ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ БОЛЬНОГО

- *Непрерывная (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе*, например ежедневный приём 150 мг ранитидина, или 20 мг фамотидина, или 20 мг омепразола.

- **Показания:**

- неэффективность проведённой эрадикационной терапии;
- осложнения язвенной болезни (язвенное кровотечение или перфорация);
- наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения НПВП (предпочтителен приём ингибиторов протонного насоса);
- сопутствующая язвенной болезни гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь;
- язвенная болезнь, не ассоциированная с *H. pylori*.

- 
- ***Профилактическая терапия «по требованию»***, предусматривающая при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни, приём одного из антисекреторных препаратов в полной суточной дозе в течение 2–3 дней, а затем в половинной — в течение 2 нед.
 - Показание к проведению данной терапии — появление симптомов язвенной болезни после успешной эрадикации *H. pylori*. Если симптомы обострения полностью исчезают после лечения, то его следует прекратить. Если же симптомы не исчезают или рецидивируют, то необходимо провести ФЭГДС и другие исследования, как это предусмотрено при обострении.



ОБУЧЕНИЕ БОЛЬНОГО

- Больного следует убедить в необходимости чёткого соблюдения рекомендованного режима приёма ЛС, несмотря на то что в некоторых случаях количество препаратов может показаться больному чрезмерным, так как произвольно изменённый режим приёма и дозировка ЛС — основная причина сохранения инфекции *H. pylori*.
- Больному необходимо посоветовать избегать приёма НПВП и скорректировать образ жизни и питание. Желательны ограничение употребление алкоголя и кофеина, отказ от курения.
- Необходимо сообщить больному подробную информацию о признаках рецидива язвенной болезни и её осложнений (кровотечения, перфорации, стеноза привратника), убедить в необходимости срочного обращения к врачу при возникновении этих признаков.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

- **Причины:** язвенная болезнь, геморрагический гастрит, рак желудка, эндометриоз желудка, варикозное расширение вен пищевода и желудка при циррозе печени

ОПОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

- кровавая рвота («кофейная гуща» или кровь)
- дегтеобразный стул
- слабость \ потливость, сердцебиение
- шок, коллапс

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- пациента уложить, успокоить, голову набок
- немедленно вызвать Скорую медицинскую помощь, сообщив о предполагаемом диагнозе
- до приезда врача обеспечить уход, не допустить асфиксии рвотными массами
- холод на область эпигастрия
- ***по назначению врача медсестра введёт***
- кровоостанавливающие средства (эпсилон-аминокапроновую кислоту в вену капельно, в вену дидацин, в мышцу викасол)
- при кровотечении из язвы желудка и 12 п.к. - антисекреторные

ПЕРФОРАЦИЯ ЯЗВЫ

ОПОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- внезапное начало острой непрерывной боли («кинжальная» боль в подложечной области).
- живот не участвует в акте дыхания.
- кишечные шумы отсутствуют.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ЯЗВЫ

- перитонит
- артериальная гипотония
- лихорадка
- динамическая кишечная непроходимость

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- Больного уложить. Немедленно вызвать Скорую помощь, сообщив о предполагаемом диагнозе.
- До приезда врача, обеспечить уход. Холод. Голод. Покой.

ПЕНЕТРАЦИЯ ЯЗВЫ

- Это распространение язвы за пределы стенки желудка или 12 – перстной кишки в окружающие ткани и органы.
- Язвы задней и боковой стенок луковицы и постбульбарные язвы 12 – перстной кишки чаще пенетрируют в головку поджелудочной железы, желчные пути, печень, печеночно-желудочную или дуоденальную связку, в толстую кишку и в ее брыжейку;
- язвы желудка — в малый сальник и тело поджелудочной железы

ОПОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕНЕТРАЦИИ ЯЗВЫ

- постоянный характер боли, потеря закономерной связи с приемом пищи
- боль не уменьшается от приема антацидов
- появление признаков поражения органа, в который произошла пенетрация

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ

- больного уложить
- немедленно вызвать Скорую помощь, сообщив о предполагаемом диагнозе
- до приезда врача, обеспечить уход. Холод. Голод. Покой.

Стеноз привратника

- возникает при локализации рецидивирующей язвы в пилорическом канале и начальной части луковицы ДПК.
- нарушение проходимости привратника при обострении ЯБ усугубляется периульцерозным воспалительным отеком и его спазмом

первые признаки

- ощущение давления и полноты в подложечной области, возникают сразу после еды, тошнота и рвота, приносящей облегчение.
- аппетит исчезает, возможно падение МТ.
- противоязвенное лечение дает субъективное улучшение, но при рецидивирующем язвенном процессе стенозирование привратника быстро прогрессирует

стадия декомпенсации

- рвота становится постоянной
- натощак в желудке определяется большое количество содержимого
- прогрессирует похудание и присоединяется гипохлоремия,



Прогноз

- Прогноз благоприятный при неосложнённой язвенной болезни. *В случае успешной эрадикации рецидивы язвенной болезни возникают у 6–7% больных*
- Прогноз ухудшается при большой давности заболевания в сочетании с частыми, длительными рецидивами, при осложнённых формах язвенной болезни