

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/kurovaya-rabota/354511>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Медицина

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ИЗУЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ 6

- 1.1. Общие понятия о язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: определение, этиология, патогенез, классификация 6
- 1.2. Клиническая картина заболевания 10
- 1.3. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки 11
- 1.4. Принципы диагностики заболевания 17
- 1.5. Принципы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки 19
- 1.6. Теоретические основы сестринского ухода за пациентами с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки 21

ГЛАВА II. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 24

- 2.1. Выделение приоритетных проблем пациентам с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки 24
- 2.2. Разработка мероприятий сестринского ухода по приоритетным проблемам пациента с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки 25
- 2.3. Разработка рекомендаций для пациента с целью профилактики обострений заболевания 26
- 2.4. Разработка памяток для пациентов 28

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 29

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ 31

Заболеваемость язвенной болезнью представляет собой как медицинскую, так и социальную проблему: заболевание поражает лиц молодого и среднего трудоспособного возраста (80% больных в возрасте от 30 до 50 лет), в 8-10% случаев язвенная болезнь имеет осложненное течение. курс. Результатом являются реальные экономические потери из-за длительных периодов нетрудоспособности и затрат на лечение. Язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка, заболеваемость у мужчин в 2-7 раз выше, чем у женщин, особенно выражена разница в молодом возрасте. В старших возрастных группах чаще страдают женщины, примерно в полтора раза.

Этиология язвенной болезни в настоящее время является сложной и малоизученной проблемой. Существует множество теорий возникновения и развития заболевания: сосудистая; травматическая; воспалительная; аллергическая; гормональная; теория первичности двигательных нарушений; кортико-висцеральная теория; нервно-рефлекторная; психосоматическая (стрессовая); инфекционная и др. Каждая из этих теорий отражает одну из граней такой сложной проблемы, как язвенная болезнь, но не объясняет всех характерных для нее изменений. В настоящее время принята точка зрения, что язвенная болезнь – полиэтиологическое заболевание, развивающееся с участием многих патогенетических механизмов. Согласно современным представлениям, патогенез язвенной болезни в общих чертах сводится к дисбалансу между факторами кислотно-язвенной агрессии желудочного содержимого и защитными элементами слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. К агрессивным факторам относят повышенную продукцию соляной кислоты (в результате увеличения массы париетальных клеток, гиперпродукции гастрина, нарушений нервной и гуморальной регуляции процессов секреции соляной кислоты), повышенную продукцию пепсиногена и образование пепсина, нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки (задержка или ускорение эвакуации кислого содержимого желудка), прямое травмирующее воздействие пищи.

Ослабление защитных факторов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки приводит к снижению продукции и нарушению качественного состава желудочной слизи, уменьшению продукции бикарбонатов, ухудшению процессов регенерации и кровотока в слизистой оболочке, снижение содержания простагландинов в стенке желудка. Определенное место в патогенезе язвенной болезни занимают также

гормональные факторы (половые гормоны, гормоны коры надпочечников, пептиды желудочно-кишечного тракта), биогенные амины (гистамин, серотонин, катехоламины), иммунные механизмы, нарушения процессов перекисного окисления липидов.

В настоящее время установлено, что микроорганизмы *Helicobacter pylori* играют важнейшую роль в усилении агрессивных свойств желудочного содержимого и в ослаблении защитных свойств слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

Helicobacter pylori обладает способностью образовывать биопленки, которые способствуют устойчивости бактерий к антибиотикотерапии и защищают бактериальные клетки от иммунного ответа организма человека. Считается, что это увеличивает его выживаемость в кислой и агрессивной среде желудка. В неблагоприятных условиях, а также в «зрелых» или старых культурах *Helicobacter pylori* имеется свойство изменять форму из спиралевидной в округлую или сферическую кокковидную. Это способствует ее выживанию и может быть важным фактором в эпидемиологии и распространении бактерии. Коккоидная форма бактерии также обладает способностью прикрепляться к эпителиальным клеткам желудка *in vitro*. Эти микроорганизмы выявляют у 90-95% больных с язвой двенадцатиперстной кишки и у 70-85% больных с язвой желудка.

Спектр неблагоприятного воздействия *Helicobacter pylori* (HP) на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки достаточно разнообразен. Эти бактерии вырабатывают ряд ферментов: уреазу, расщепляющую мочевину с образованием аммиака. Аммиак нейтрализует соляную кислоту желудка и обеспечивает локальное поддержание бактериями комфортного для них pH (около 6-7); протеазы, фосфолипазы - вызывают деполимеризацию и растворение защитной слизи (состоящей в основном из муцина) и повреждение слизистой оболочки желудка, а также различные цитотоксины. [6]

Обсеменение слизистой оболочки желудка HP сопровождается развитием поверхностного антрального гастрита и дуоденита и приводит к повышению уровня гастрина и снижению уровня соматостатина с последующим усилением секреции соляной кислоты. Избыточное количество соляной кислоты, проникающей в просвет двенадцатиперстной кишки, в условиях относительного дефицита панкреатических бикарбонатов способствует прогрессированию дуоденита и, кроме того, провоцирует появление в двенадцатиперстной кишке участков метаплазии желудка (перестройка эпителия слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки по желудочному типу), которые быстро заселяются HP.

В дальнейшем, при неблагоприятном течении, особенно при наличии дополнительных этиологических факторов (наследственная предрасположенность, группа крови 0(I), курение, нервно-психический стресс, погрешности в питании, прием ulcerогенных препаратов (НПВП) и др.), в желудке образуются язвенные участки метапластической слизистой оболочки. У 15-20% пациентов с язвой желудка развитие заболевания может происходить без участия HP. В первую очередь это касается симптоматических язвенных болезней. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - многогранное по своим проявлениям и течению заболевание, которое классифицируется по различным признакам.

По этиологии:

- Язвы, связанные с инфекцией *H. pylori*;
- «Лекарственные» язвы, связанные с приемом лекарств (НПВП);
- «Стрессовые» язвы - вызванные физическим или психологическим перенапряжением человека или возникшие после оперативных вмешательств.

В зависимости от характера течения различают:

- Впервые диагностированная пептическая язва (острая язва);
- Рецидивирующее течение (хроническая язва) с редкими обострениями - каждые 2-3 года;
- Рецидивирующее течение с частыми обострениями - 2 раза в год и чаще.

По клиническому течению язва бывает типичной и атипичной.

В зависимости от кислотообразующей функции выделяют язву с повышенной, нормальной или пониженной кислотностью.

По количеству дефектов различают одну язву и несколько язв.

По максимальному размеру дефекта язвы делят на:

- малые - до 5 мм;
- средние - 5-10мм;
- большие - 11-29 мм;
- гигантские - 30 мм и более.

Таким образом, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - это заболевание хронического рецидивирующего характера, сопровождающееся образованием дефекта слизистой оболочки желудка и

расположенных под ней тканей. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки может возникнуть по многим причинам. Современная теория развития язвенной болезни считает ключевым фактором в ее возникновении инфекционное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки бактериями *Helicobacter Pylori*.

1.2. Клиническая картина заболевания

Симптомы язвенной болезни желудка указывают на локализацию язвы, а выраженность их проявлений зависит от стадии развития заболевания и возраста пациента. Определенный процент взрослых, особенно пациентов пожилого возраста, не наблюдают никаких проявлений до наступления тяжелых стадий заболевания. Наиболее частым и характерным проявлением язвы, где бы она ни была, является боль в животе.

Симптомы язвенной болезни желудка, локализующиеся в его теле, выражаются болью слева в средней части тела, при язве привратника боли ощущаются справа. Боль может распространяться на левую сторону грудной клетки, поясницу, лопатку или позвоночник в целом. При язве желудка боль возникает после еды и усиливается в течение первых получаса-часа; при язве привратника боль, наоборот, развивается натощак и может даже разбудить больного (возникает через 3-4 часа после ужина). Боль купируется приемом спазмолитиков или грелки.

Кроме боли отмечают следующие симптомы язвенной болезни:

- налет на языке;
- метеоризм;
- чередование диареи, запоров и нормального стула;
- неприятный запах изо рта;
- потеря веса;
- тошнота и рвота;
- изжога и кислотная отрыжка.

Рвота возникает в самый болезненный момент. После этого больному становится легче, что может поставить его в зависимость от вызывания рвоты. Встречаются и атипичные формы, при которых боль напоминает ощущения аппендицита, боли в сердце или радикулитные боли в пояснице. При отсутствии болей язва может привести к осложнениям, которые требуют оказания неотложной медицинской помощи. Иногда при язвенной болезни боль длится пару дней или недель, а затем прекращается. В таких случаях боль обязательно возвращается, но с новой силой. Со временем интервал между рецидивами сокращается. В этом случае необходимо обязательно обратиться к врачу для предотвращения осложнений и кровотечения. Только у 50% больных присутствуют характерные симптомы, поэтому точно диагностировать язвенную болезнь только по болезненным ощущениям и времени их появления невозможно. Необходимо проведение гастроэнтерологического обследования. [7]

Таким образом, основным симптомом служит боль в эпигастрии натощак или после еды, нередко отдающая в спину и грудную клетку. Часто отмечается рвота, отрыжка, изжога, тошнота.

1. Алборова, К. О. Язвенная болезнь / К. О. Алборова, Д. А. Хабалаева. – Текст: непосредственный // Молодой ученый. – 2022. – № 30 (425). – С. 19-20.
2. Барыкина, Н. В. Сестринское дело в хирургии. Практикум / Н.В. Барыкина, О.В. Чернова. - М.: Феникс, 2021. - 480 с.
3. Василенко, В.Х. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / В.Х. Василенко, А.Л. Гребенев. - М.: Медицина, 2016. - 344 с.
4. Гастроэнтерология / Под редакцией А.Ю. Барановского. - Москва: СПб. [и др.]: Питер, 2021. - 512 с.
5. Гастроэнтерология. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 480 с.
6. Григорьева, П. Я. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения / П.Я. Григорьева, Э.П. Яковенко. - М.: Медицина, 2019. - 384 с.
7. Маев, И. В. Болезни желудка / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 867 с.
8. Мурашко, В. В. Общий уход за больными. Учебное пособие / В.В. Мурашко, Е.Г. Шуганов, А.В. Панченко. - М.: Медицина, 2019. - 224 с.
9. Неймарк, И. И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: моногр. / И.И. Неймарк. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2018. - 260 с.
10. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела / Т.П. Обуховец, О.В. Чернова. - М.: Феникс, 2021. - 768 с.

11. Околоков, А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Том 1. Лечение болезней органов дыхания. Лечение болезней органов пищеварения / А.Н. Околоков. - М.: Медицинская литература, 2017. - 560 с.
12. Основы ухода за хирургическими больными / А.А. Глухов и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 288 с.
13. Островская, И. В. Основы сестринского дела / И.В. Островская, Н.В. Широкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 320 с.
14. Шишкин, А.Н. Уход за больными в терапевтической клинике / А.Н. Шишкин, Л.А. Слепых. - Москва: СИНТЕГ, 2019. - 626 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kurovaya-rabota/354511>