Практическое занятие № 15 группы 31М

преподаватель Галактионова А.Н.

ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Раздел I**. Сестринский уход при заболеваниях терапевтического профиля.**

**Тема: Сестринский уход при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).**

**Вопросы к занятию:**

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Определение, классификация.

2. Причины развития язвенной болезни.

3. Клинические проявления язвенная болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

4. Методы диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. Методы лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

6. Осложнения язвенной болезни

7. Диагностические критерии желудочного кровотечения.

8.Оказание доврачебной помощи при желудочном кровотечении.

10. Диагностические критерии пенетрации.

11. Дифференциально-диагностические критерии периодов перфорации.

12. Диагностические критерии малигнизации.

13. Диагностические критерии стеноза привратника.

**Основная литература:**

1. Э.В. Смолева, Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие. - Издание 3 -е / Ростов-на-Дону: Феникс, 2019. - 473 с. (среднее медицинское образование) стр. 225-233, 441-449,461- 462.

2) Э.В. Смолева, Терапия с курсом первой медико-санитарной помощью. – Р/Д.: Феникс, 2019. - 653 (среднее медицинское образование).

**Дополнительная литература**

1. Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н. А. Внутренние болезни. Учебник. в 2-х

томах том 2 Издательство: ГЭОТАР-Медиа, 2019 г. стр. 896

**Повторить:**

- Диеты по Певзнеру № 0, 1, 1а, 1б, 2а, 2 стр. 441-442

- Диета ЩД, ОВД

- Лекарственные препараты для лечения гастрита.

**Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки** - хроническое рецидивирующее заболевание, характерный признак которого в период обострения - *образование язв слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.*

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

Язвенная болезнь относится к наиболее частым заболеваниям (около 5-10% взрослого населения) и занимает по распространенности 2-е место после ИБС.

Чаще болеют мужчины, преимущественно до 50 лет.

**КЛАССИФИКАЦИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

|  |
| --- |
| По этиологии |
| ­ *Ассоциированная с H. pylori*  *­ Не ассоциированная с Н. pylori* |
| По локализации |
| 1. *Язвы желудка:*  * *кардиального и субкардиального отделов;* * *тела;* * *антрального отдела;* * пилорического канала  1. *Язвы двенадцатиперстной кишки:*  * *луковицы;* * *залуковичного отдела (внелуковичные язвы)*  1. *Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки* |
| По типу язв |
| * *Одиночные* * *Множественные* |
| По размеру (диаметру) язв |
| * *Малые, диаметром до 0,5 см* * *Средние, диаметром 0,5-1,0 см* * *Большие, диаметром 1,1-2,9 см* * *Гигантские, диаметром 3 см и более - для язв желудка, более 2 см - для язв двенадцатиперстной кишки* |
| По клиническому течению |
| Атипичные:   * *с атипичным болевым синдромом;* * *безболевые (но с другими клиническими проявлениями);* * *бессимптомные* |
| По уровню желудочной секреции |
| *С повышенной секрецией*  *С нормальной секрецией*  *С пониженной секрецией* |
| По характеру течения |
| *Впервые выявленная язвенная болезнь*  *Рецидивирующее течение:*   * *с редкими обострениями (1 раз в 2-3 года и реже);* * *ежегодными обострениями;* * *частыми обострениями (2 раза в год и чаще)* |
| По стадии заболевания |
| 1. *Обострение* 2. *Ремиссия:*  * *клиническая;* * *анатомическая:* * *эпителизация;* * *рубцевание (стадии красного и белого рубца)*  1. *Функциональная* |
| По наличию осложнений |
| * *Кровотечение* * *Пенетрация* * *Перфорация* * *Стенозирование* * *Малигнизация* |

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

Наследственная предрасположенность занимает важнейшее место. Без определенной наследственной предрасположенности трудно представить возникновение язвенной болезни.

Однако наследуется не само заболевание, а установлен ряд генетических факторов, наличие которых предрасполагает к возникновению язвенной болезни.

*Наследственно обусловленное увеличение массы обкладочных клеток, их гиперчувствительность к гастрину, повышение образования пепсиногена-1 и расстройство гастродуоденальной моторики способствуют повреждению слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки*.

*К снижению резистентности слизистой оболочки* приводят дефицит фукомукопротеидов слизи и недостаточность выработки секретируемого IgА, выполняющих защитную функцию, 0(I) группа крови, неспособность секретировать агглютиногены крови АВ в желудок, врожденная неполноценность артериальной сети, снабжающей кровью слизистую оболочку желудка (преимущественно малую кривизну) и луковицу двенадцатиперстной кишки.

*Реализуется наследственная предрасположенность при неблагоприятных воздействиях:*

* психоэмоциональных стрессах,
* грубых погрешностях в питании,
* вредных привычках (курении, злоупотреблении алкоголем, избыточном

потреблении кофе),

* при неконтролируемом приеме НПВС.

Безусловно, к факторам риска следует относить инфекцию *Н. pylori.*

В основе патогенеза язвенной болезни лежит нарушение динамического равновесия между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки желудка.

***Роль факторов агрессии в развитии язвенной болезни***

В развитии ЯБ немаловажная роль принадлежит нарушению соотношения факторов агрессии и защиты. При этом в развитии язвенной болезни имеет место возрастание факторов

агрессии и снижение факторов защиты.

*Факторы агрессии*

* повышение кислотности и пептической активности желудочного сока;
* нарушение моторики желудка и 12 п/к;
* повреждающее действие на слизистую оболочку желудка и 12 п/к желчи и панкреатических ферментов при дуоденогастральном рефлюксе;
* ишемия слизистой оболочки желудка и 12 п/к
* HP; алкоголь; НПВП;
* оральные кортикостероиды;
* дисбаланс нервной и нейроэндокринной систем желудка и 12 п/к

*Факторы защиты*

* простагландин Е, простагландин 12;
* энкефалины и эндорфины;
* слой слизи, покрывающий слизистую оболочку;
* выработка бикарбонатов, нейтрализующих кислоты;
* факторы регенерации слизистой оболочки.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Клиническая картина язвенной болезни характеризуется большим полиморфизмом и зависит от локализации язвенного дефекта, его размеров и глубины, секреторной функции желудка, возраста больного.

Основной симптом - **боли.** Они, как правило, имеют четкий ритм возникновения, связь с приемом пищи, периодичность.

По отношению ко времени, прошедшему после приема пищи, принято различать ранние, поздние и «голодные» боли.

* + ***Ранние боли*** появляются через 0,5-1 ч после еды, постепенно нарастают по своей интенсивности, сохраняются в течение 1,5-2 ч, уменьшаются и исчезают по мере эвакуации желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку. *Ранние боли характерны для язв тела желудка. При поражении кардиального, субкардиального и фундального отделов болевые ощущения возникают сразу после приема пищи.*
  + ***Поздние боли*** возникают через 1,5-2 ч после приема пищи, постепенно усиливаясь по мере эвакуации содержимого из желудка. *Они характерны для язв пилорического отдела желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки.*
  + ***«Голодные» (ночные) боли*** возникают через 2,5-4 ч после еды и исчезают после очередного приема пищи. *Эти боли также свойственны язвам двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка.*
  + ***Сочетание ранних и поздних болей*** наблюдают у больных с *сочетанными или множественными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки.*

*Выраженность болевых ощущений (от ноющих до режущих, сверлящих болей) зависит:*

* + от локализации язвенного дефекта (незначительная - при язвах тела желудка и резкая - при пилорических и внелуковичных язвах);
  + возраста (более интенсивная - у молодых);
  + наличия осложнений.

Боли обычно купируются после приема антисекреторных препаратов.

*Локализация болей зависит от расположения язвенного дефекта.*

* + *При язвах кардиального и субкардиального отделов* боли чаще всего возникают в области мечевидного отростка грудины.
  + *При язвах тела желудка* - в эпигастральной области слева от срединной линии.
  + *При язвах пилорического отдела и двенадцатиперстной кишки* - справа от срединной линии.

Указанная проекция болей не всегда соответствует той или иной локализации язвенного процесса.

* + *При язвах верхнего отдела желудка* нередко наблюдают атипичные боли за грудиной или слева от нее, напоминающие таковые при стенокардии.
  + *При внелуковичных язвах* боли могут ощущаться в спине или правой подлопаточной области.

*У многих больных наблюдают иррадиацию болей:*

* *при высоких язвах* (кардиального, субкардиального отделов) - в прекардиальную область, левую лопатку, грудной отдел позвоночника;
* *при язвах луковицы двенадцатиперстной кишки* (особенно задней стенки) и залуковичного отдела - в поясничную область, под правую лопатку, в межлопаточное пространство, а иногда и в правую подвздошную область.

Такое разнообразие вариантов локализации и иррадиации болей при язвенной болезни может служить причиной диагностических ошибок, становясь поводом для постановки диагноза хронического холецистита, ИБС, остеохондроза грудного и поясничного отделов позвоночника.

*Иногда появление иррадиирущих болей связано с развитием осложнений.*

* При пенетрации язвы в *поджелудочную железу* возможны упорные боли в поясничной области.
* При пенетрации язвы в *печеночно-двенадцатиперстную связку* боли иррадиируют в правую половину грудной клетки.
* При пенетрации в *желудочно-селезеночную связку* боли иррадиируют в левую половину грудной клетки.

*У 24-28% больных язвенная болезнь протекает атипично: без болевого синдрома или с болями, напоминающими другое заболевание.*

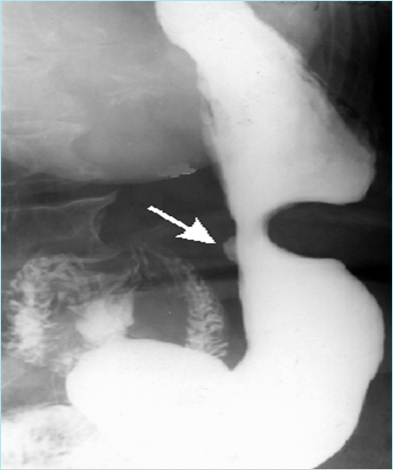
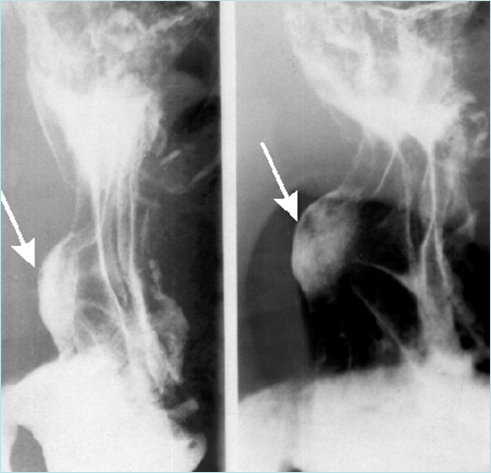
**ДИАГНОСТИКА**

Диагностика включает обнаружение язвенного дефекта, выявление *Н. pylori,*исследование секреторной функции желудка.

**Обнаружение язвенного дефекта.**

Обнаружить язвенный дефект можно ***рентгенологическим*** или ***эндоскопическим методом.***

*Характерный прямой признак язвы при рентгенологическом исследовании - симптом «ниши»* - тень контрастной массы, заполнившей язвенный кратер.



1. Симптом «ниши» 2. Симптом «указующего перста»

Маленькие «ниши» рентгенологически неразличимы.

При хронической язве рельефная «ниша» может иметь неправильную форму, неровные очертания. Иногда наблюдают конвергенцию складок слизистой оболочки к язвенному дефекту. В зоне язвы регионарный спазм.

Там образуется втяжение контура стенки органа с ровными очертаниями - симптом «указывающего перста».

***ФЭГДС*** - наиболее информативный метод (язву обнаруживают в 98% случаев), позволяющий не только обнаружить язвенный дефект и контролировать его заживление, но и провести гистологическую оценку изменений слизистой оболочки желудка, исключить малигнизацию. Язва в стадии обострения чаще всего округлая.

Дно язвы покрыто фибринозным налетом и окрашено чаще в желтый цвет. Слизистая оболочка вокруг язвы гиперемирована, отечна. Края язвы обычно высокие, ровные, вокруг язвы формируется воспалительный вал.

Для заживающей язвы характерны уменьшение гиперемии, сглаживание воспалительного вала, язва становится менее глубокой, дно очищается и покрывается грануляциями. По результатам биопсии краев и дна язвы подтверждают процесс заживления.

Изменения в виде лейкоцитарной инфильтрации сохраняются длительное время после восстановления целостности слизистой оболочки.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадии |  |  |
| **А1** | ***Активная стадия*** | Слизистая оболочка, окружающая язву, выглядит набухшей в результате отёка, регенерация эпителия отсутствует. |
| **А2** |  | Отёк слизистой оболочки вокруг язвы уменьшился, край язвы отчётливо виден, и в крае язвы появились первые ростки регенерирующего эпителия. По периметру язвы часто прослеживается красный ободок, а непосредственно по краю — циркулярный белый струп. Cходящиеся складки слизистой оболочки обычно прослеживаются вплоть до края язвы. |
| **Н1** | ***Заживление*** | Слой белого фибрина, покрывающий язву, становится тонким, а регенерирующий эпителий распространяется непосредственно на основание язвы. Градиент между краем и дном язвы сглаживается. Но кратер язвы все еще существует, край язвы отчётливо виден. Диаметр язвенного дефекта составляет примерно от половины до двух третей диаметра язвы в стадии A1. |
| **Н2** |  | Язвенный дефект меньше, чем в стадии H1, и регенерирующий эпителий покрывает большую часть дна язвы. Площадь слоя белого фибрина составляет примерно от четверти до трети площади язвы в стадии А1. |
| **S1** | ***Стадия шрама, красный шрам*** | Регенерирующий эпителий полностью покрывает дно язвы. Белый слой фибрина исчез. Первоначально зона регенерации выглядит ярко красной. При прицельном осмотре можно увидеть большое количество капилляров. Сформировался «красный рубец». |
| **S2** | ***Стадия шрама, белый шрам*** | В срок от нескольких месяцев до нескольких лет исходно красный рубец принимает цвет окружающей слизистой оболочки. Сформировался «белый рубец». |

**Выявление *Helicobacter pylori.***

При ФЭГДС получают биоптаты слизистой оболочки желудка с последующим выявлением *Н. pylori*.

**Исследование секреторной функции желудка.**

Обычно используют фракционное желудочное зондирование и зондовую рН-метрию различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки.

Для стимуляции желудочной секреции оптимально использование гистамина.

Побочные эффекты гистамина: чувство жара, тошнота, головокружение, затруднение дыхания, покраснение кожи, тахикардия, снижение АД. Для их предупреждения за 30 мин до начала исследования вводят 2 мл 2% раствора хлоропирамина подкожно. При наличии противопоказаний к введению гистамина применяют синтетический аналог гастрина - пентагастрин, который практически не вызывает побочных эффектов.

***Определение рН*** содержимого различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки проводят с помощью многоканального рН-зонда. Обычные показатели рН в желудке - 1,3-1,7. У больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки они обычно снижены до 0,9-1,0.

**Дифференциальная диагностика**

Диагностика доброкачественных и малигнизированных язв желудка основана на результатах цитологического и гистологического исследований биопсийного материала.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Язвы двенадцатиперстной кишки | Язвы желудка |
| *Преобладающий возраст* | До 40 лет | Старше 40 лет |
| *Преобладающий пол* | Чаще у мужчин | У мужчин и женщин одинаково часто |
| *Боли* | Ночные («голодные») | Сразу после еды |
| *Рвота* | Нехарактерна | Часто |
| *Аппетит* | Нормальный, повышен либо страх перед едой | Анорексия |
| *Масса тела* | Стабильная | Обычно снижается |
| *ФЭГДС* | Показана только для подтверждения диагноза | Повторяют после 5-6 нед лечения для подтверждения рубцевания язвы |
| *Биопсия* | Не проводят или проводят в целях выявления Н. pylori | Необходима множественная биопсия |

Изъязвления желудка и двенадцатиперстной кишки могут быть проявлением не только язвенной болезни, но и других патологических состояний организма. В этом случае диагностируют симптоматические язвы.

***Основные виды симптоматических язв желудка***

*Стрессовые*

*Лекарственные*

*Язвы, возникающие при заболеваниях других внутренних органов:*

* гепатогенные;
* панкреатогенные;
* при заболеваниях легких и др.

*Эндокринные:*

* при синдроме Золлингера-Эллисона;
* гиперпаратиреозе

Симптоматические язвы, как правило, острые, множественные, поверхностные, протекают со стертой клинической картиной, часто осложняются кровотечениями. Они быстро заживают при устранении вызвавшей их причины (чаще всего после прекращения приема ЛС, особенно НПВС.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | НПВС-индуцированные язвы | Пептическая язва |
| *Этиология* | Повреждающее действие НПВС на слизистую оболочку желудка | H. pylori либо мультифакторные |
| *Локализация* | Преобладает поражение желудка | Поражается преимущественно двенадцатиперстная кишка |
| *Патогенез* | Снижение местных защитных свойств слизистой оболочки вследствие нарушения синтеза простагландинов | Дисбаланс защитных и агрессивных факторов |
| *Симптомы* | Чаще бессимптомные | Боль, диспепсия |
| *Возраст* | Чаще пожилой | Молодой или средний |
| *Эндоскопические признаки* | Одно повреждение или более, окружающая слизистая оболочка не изменена | Единичный дефект, окружающая слизистая оболочка с признаками воспаления |
| *Терапевтический подход* | Экзогенные простагландины | Эрадикация H. pylori, подавление секреции соляной кислоты |

Дифференциальная диагностика доброкачественных и малигнизированных язв желудка основывается на результатах цитологического и гистологического исследований биопсийного материала.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Больных с обострением неосложненной язвенной болезни можно лечить амбулаторно.

*Госпитализации подлежат больные:*

- с впервые выявленной язвой желудка;

- осложненным и часто рецидивирующим течением;

- выраженным болевым симптомом, не купирующийся при амбулаторном лечении;

- язвенной болезнью, развившейся на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний.

**Диетотерапия**

Исключают блюда, вызывающие или усиливающие проявление заболевания (острые приправы, маринованные и копченые блюда). Питание дробное, 5-6 раз в сутки. В период обострения пищу готовят на пару.

**Медикаментозное лечение**

Язвенная болезнь, ассоциированная с H. pylori, подразумевает проведение эрадикационной (то есть направленной на уничтожение микроорганизмов) терапии.

Продолжительность курса терапии 10-12 дней.

В качестве терапии рекомендуют использование следующих схем.

***Трехкомпонентную схему,*** *которая включает*

любой из блокаторов Н+-, К+-зависимой АТФазы ИПП (омепразол, лансопразол, рабепразол, эзомепразол) в стандартных дозах в сочетании с

+ антибактериальными препаратами - кларитромицином по 500 мг 2 раза в день и

+ амоксициллином по 1000 мг 2 раза в день или метронидазолом по 500 мг 2 раза в день в течение как минимум 10 дней.

Учитывая высокую распространенность в России штаммов H. pylori, резистентных к метронидазолу, предпочтительно сочетание кларитромицина с амоксициллином.

Альтернативой 3-компонентной схемы считают **квадротерапию** на основе препарата висмута.

Она включает ИПП в стандартной дозе 2 раза в день,

+ висмута трикалия дицитрат (Де-нол) по 120 мг 4 раза в день,

+ тетрациклин по 500 мг 4 раза в день и

+ метронидазол по 500 мг 4 раза в день.

При неэффективности лечения дальнейшую тактику определяют с учетом чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Оценку эффективности эрадикации проводят не ранее 4-6 нед после окончания курса лечения.

*Дыхательный уреазный тест с изотопом 13С и определение Н. pylori с помощью ПЦР в кале как неинвазивные признаны основными методами диагностики инфекции Н. pylori.*

Появление бактерий в организме больного в течение года после лечения расценивают как рецидив инфекции и для его лечения применяют более эффективные схемы лечения.

Язвенная болезнь, не ассоциированная с Helicobacter pylori.

Применяют все группы антисекреторных препаратов: антациды, блокаторы Н2-рецепторов, ИПП - в обычных дозах.

**Хирургическое лечение**

*Абсолютные показания:*

- перфорация;

- профузное кровотечение;

- стеноз, сопровождаемый выраженными эвакуаторными нарушениями;

- малигнизация.

*Относительные показания:*

- многократные профузные желудочно-кишечные кровотечения в анамнезе;

- пенетрирующие язвы;

- язвы, резистентные к лекарственной терапии.

При выборе метода хирургического лечения предпочтение отдают органосохраняющим операциям.

**ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА**

Существуют 2 подхода к профилактической лекарственной терапии обострений язвенной болезни.

***Непрерывная*** (в течение месяцев и даже лет) поддерживающая терапия антисекреторным препаратом в половинной дозе (например, омепразолом по 20 мг/сут).

Применяют при неэффективности эрадикационной терапии, осложнениях язвенной болезни (кровотечении или перфорации), сопутствующих эрозивно-язвенном рефлюкс-эзофагите и заболеваниях, при которых необходим прием НПВС, у больных старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением язвенной болезни.

***Профилактическая терапия «по требованию».***

Подразумевает прием антисекреторных ЛС при появлении симптомов обострения язвенной болезни - в первые 2-3 дня в полной суточной дозе, а затем в течение 2 нед - в половинной дозе.

Если симптомы обострения полностью исчезают, терапию следует прекратить, в противном случае проводят ФЭГДС и другие исследования, как это предусмотрено при обострении.

Этот вид терапии используют при появлении симптомов язвенной болезни после успешной эрадикации Н. pylori.

При необходимости применения ульцерогенных лекарственных препаратов (НПВП, ГКС

и др.) необходим одновременный прием с ними ИПП и/или гастроцитопротекторов.

Диспансерное наблюдение пациентов с ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки рекомендуется проводить ежегодно в течение 5 лет с момента последнего обострения.

Больные ЯБ нуждаются в наблюдении гастроэнтерологом или участковым терапевтом по месту жительства с регулярным профилактическим осмотром, включающим обязательный эндоскопический контроль и исследование гастробиоптатов на наличие HP (в течение первых 5-ти лет минимум 2 раза в год, в дальнейшем - 1 раз в год).

Пациентам с язвенной болезнью через 2–3 месяца после стихания обострения рекомендуется санаторно-курортное лечение продолжительностью 14–21 день.

Санаторно-курортное лечение проводится в санаториях Дорохово, Ессентуки, Железноводск и др. и включает в себя грязе- и торфолечение, хвойно-морские ванны, питье щелочных минеральных вод.

**Осложнения язвенной болезни**

Наиболее часто ЯБ, осложняется кровотечением, перфорацией, пенетрацией, рубцовым стенозом привратника, малигнизацией.

**Диагностические критерии желудочного кровотечения**

* ***Кровавая рвота.*** При желудочном кровотечении рвотные массы имеют вид «кофейной гущи», однако при обильном и быстром кровотечении кровь может быть алой. При язвах луковицы 12 п/к и постбульбарных язвах кровавой рвоты может и не быть.
* ***Мелена (дегтеобразный стул***). Мелена наблюдается не ранее, чем через 8 часов. Однако, при ускоренном продвижении по кишечнику и кровопотере > 100мл кровь выделяется вместе с калом и может иметь алый или темно-красный цвет.
* ***Симптомы острой кровопотери (анемии)*** - резко появившиеся слабость, головокружение, тошнота, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, холодный липкий пот, тахикардия, понижение АД, олигурия (при большой кровопотере), адинамия, обморочное состояние, нередко встречается возбуждение и страх смерти. При язвенном кровотечении могут исчезнуть боли в животе.
* При исследовании общего анализа крови у больных с большой кровопотерей выявляется ***постгеморрагическая анемия***: снижаются количество эритроцитов, гемоглобина, гематокрита.
* ***Положительная реакция Грегерсена*** (кал на скрытую кровь).
* Основным методом диагностики язвенного кровотечения является эзофагогастродуоденоскопия, которая выявляет ***источник кровотечения.***

***Доврачебная помощь:***

* Вызвать врача.
* Успокоить пациента, уложить, повернув голову набок (профилактика асфиксии).
* Приготовить лоток и полотенце для ухода при рвоте.
* Положить пузырь со льдом на эпигастральную область.
* Запретить пить, принимать пищу, разговаривать.
* Контролировать общее состояние пациента, цвет кожных покровов, сознание, пульс, артериальное давление.
* Подготовить медикаменты: гидроксиэтилкрахмал 6% - 400 мл, р-р фамотидина,

Р-р омепразола, дицинон 12,5%-2-4мл, 5% р-р аминокапронвую кислоту 100-200мл.

* Подготовить все необходимое для определения группы крови и резус-фактора.

**Диагностические критерии пенетрации**

Пенетрация, это проникновение язвы за пределы стенки Ж и 12 п/к в смежные органы и

ткани. Язвы задней и боковой стенок луковицы, и постбульбарные язвы пенетрируют чаще всего в головку поджелудочной железы, желчные пути, печень, печеночно-желудочную связку, дуоденальную связку, в толстую кишку и ее брыжейку. Язвы Ж чаще всего пенетрируют в малый сальник и тело поджелудочной железы. Пенетрация характеризуется образованием фиброзных спаек.

Клиническая картина разнообразна и зависит от проекции пенетрации.

*Характерным и диагностическими критериями пенетрации являются:*

* Изменение характера боли (боль принимает интенсивный и постоянный характер), отсутствие связи с приемом пищи и суточного ритма, отсутствие уменьшения боли от приема антацидов.
* Локальная болезненность в проекции пенетрации.
* Появление признаков воспаления: субфебрильная температура, лейкоцитоз, увеличение СОЭ.
* Рентгенологически - глубокая «ниша», малая подвижность язвенной зоны.
* Эндоскопически - глубокая язва, обрывистый кратер, края высокие в виде вала.

***Перфорация***

Перфорация или прободение язвы в брюшную полость одно из грозных осложнений ЯБ.

Клиника перфорации в свободную брюшную полость развивается остро и через 6-8 часов развивается классическая картина перитонита.

*Диагноз не вызывает сомнений при наличии следующих признаков:*

* внезапная острая «кинжальная» боль;
* отсутствие участия живота в акте дыхания;
* отсутствие кишечных шумов;
* определение при рентгенологическом исследовании газов под диафрагмой.

*В хронологической последовательности перфорацию можно разделить на 3 периода:*

* период болевого шока;
* период мнимого благополучия;
* период перитонита.

***Дифференциально-диагностические критерии периодов перфорации***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Период болевого шока | Период мнимого благополучия | Период перитонита |
| ­ Внезапная острая «кинжальная» боль, в эпигастрии, чаще справа, в дальнейшем разлитая, усиливается при дыхании, кашле, поворотах в постели.  ­ Вынужденное положение в постели с приведенными к животу ногами.  ­ «Доскообразный» живот. + симптом Щеткина-Блюмберга + симптом Жобера (тимпанит над печенью, за счет скопления газов).  ­ Иногда + френикус-синдром.  ­ Лицо бледное с пепельно-цианотичным отенком.  ­ У 20% однократная рвота.  ­ Брадикардия.  ­ Поверхностное, прерывистое, учащенное дыхание.  ­ Возможен болевой шок.  ­ Задержка стула и газов. | * Развивается через 1-12часов после перфорации, длительность этого периода - 8-12 часов. * Боли уменьшаются, или исчезают. * Живот остается напряженным (иногда несколько уменьшается напряжение). * Сохраняются положительные симптомы раздражения брюшины. * Перкуторно уменьшается или исчезает печеночная тупость. * Парез кишечника (метеоризм, исчезновение кишечных перистальтических шумов в животе). * Язык обложен, сухой. * Тахикардия, пульс слабого наполнения иногда аритмичен. * АД снижается, тоны сердца глухие. * Субфебрилитет. | ­ Боли в животе усиливаются и становятся нестерпимыми, в дальнейшем могут ослабевать.  ­ Живот напряжен, вздут, перистальтические шумы при аускультации резко ослаблены или отсутствуют.  ­ Симптомы раздражения брюшины резко положительны.  ­ Тошнота, резкая сухость во рту, икота, жажда, возможна рвота.  ­ Больной заторможен, в терминальной стадии сознание отсутствует.  ­ Кожа влажная, липкая, землистого цвета.  ­ Лихорадка.  ­ Появляется лицо «Гиппократа» (заостренные черты лица и запавшие глаза).  ­ Нарастает тахикардия, пульс слабого наполнения, аритмичен.  ­ АД значительно снижено.  ­ Дыхание поверхностное, частое.  ­ Диурез уменьшен, вплоть до анурии. |

***Доврачебная помощь:***

* Вызвать врача.
* Обеспечить пациенту полный физический покой.
* Положить пузырь со льдом на эпигастральную область.
* Запретить есть, пить, разговаривать.
* Контроль пульса и артериального давления.
* Запрещается вводить обезболивающие средства, давать слабительные препараты, ставить клизмы.

Пациент подлежит экстренной госпитализации для оперативного лечения.

**Диагностические критерии малигнизации язвы**

Снижение массы тела; повторная рвота; наличие признаков дисмоторной дисфагии - быстрая насыщаемость, чувство тяжести в верхней половине живота; кровотечение; гипохромная анемия + > СОЭ; пальпируемое образование в животе; увеличение лимфоузлов; появление постоянных болей, не исчезающих в ночное время; эндоскопическое и гистологическое подтверждение малигнизации.

**Диагностические критерии стеноза привратника**

Пилоростеноз может быть функциональным, развивающимся в результате отека и спазма в пилородуоденальной зоне и как следствие этого проявляющийся задержкой эвакуации желудочного содержимого. Этот вид стеноза исчезает после лечения. Стеноз может быть и органическим, при котором эвакуация желудочного содержимого нарушена вследствие рубцовых изменений этой зоны, а т.к. имеются органические изменения, то медикаментозному излечению данные стенозы не подлежат.

Органические стенозы различают: компенсированные, субкомпенсированные и декомпенсированные

***Характерные диагностические критерии стеноза привратника***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Компенсированный | Субкомпенсированный | Декомпенсированный |
| * Чувство переполнения в животе после еды. * Изжога, отрыжка кислым, в редких случаях рвота. * Рентгенологически усиленная перистальтика Ж, без существенного замедления его эвакуации. * Эндоскопически - сужение просвета пилородуоденального канала до 2 см. | * Чувство распирания в животе после приема небольшого количества пищи. * Интенсивные боли. * Отрыжка тухлым, рвота приносящее облегчение * Прогрессирующее похудание. * Шум плеска через несколько часов после еды или натощак, при пальпации верхней половины живота. * Расширение Ж (нижняя ее раница значительно ниже пупка). * Рентгенологически - расширение Ж и замедление ее эвакуации, барий задерживается в Ж от 6 до 24 часов. * Эндоскопически – сужение привратника 5-8мм | * Задержка эвакуации желудочного содержимого на 24 и более часов. * Чувство переполнения Ж, частая рвота не приносящее облегчение, отрыжка тухлым. * Мышечные подергивания и даже судорожные припадки, вследствие электролитных нарушений. * Прогрессирующее похудание. * Жажда. * Снижение тургора и эластичности кожи. * Заострившиеся черты лица. * Отмечается шум плеска. * Резкое расширение Ж и очень низкое расположение нижней ее границы. * Потребность в регулярных промываниях Ж, приносящих облегчение больному. * При частой рвоте может развиться гипохлоремическая кома. * Рентгенологически Ж растянут, барий в Ж определяется и через 24 часа. * Эндоскопически - расширение Ж, диаметр просвета пилоробульбарной зоны составляет 1-5 мм |