

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)
«ЯКУТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



Выпускная квалификационная работа

Тактика неотложной медицинской помощи при перфоративной язве желудка
на догоспитальном этапе

Выполнил: Анисимов Александр Регович

студент группы ЛД-41

Руководитель: Васильева Светлана Герасимова

Якутск - 2018 г.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.

1.1. Этиология и патогенез

1.2. Клиническая картина и диагностика

1.3. Классификация

ГЛАВА 2. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

2.1. Характеристика хирургического отделения №2 РБ №2 – ЦЭМП

2.2. Профилактика язвенной болезни желудка

2.3. Анкетирование

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ВЫВОД

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы.

Перфорация язвы желудка и 12-перстной кишки является одним из тяжелейших осложнений язвенной болезни. По сообщениям отечественных и иностранных авторов, прободные язвы составляют от 2 до 32% среди других осложнений язвенной болезни. Частота этого осложнения у больных язвенной болезнью колеблется, по данным различных авторов, от 2,6 до 53%. В последние годы в связи с улучшением жизненного уровня населения и более успешным лечением неосложненных форм язвенной болезни число больных прободной язвой уменьшилось. Если еще два-три десятилетия назад среди причин разлитого перитонита прободная язва занимала второе место после деструктивного аппендицита, то в последние годы деструктивный холецистит отодвинул язвенные перфорации на третью ступень.

Причины перфорации при язвенной болезни разнообразны. Главными из них можно считать: прогрессирование деструктивного процесса в развитии язвы, нарушение пищевого режима и физическое напряжение, которое ведет к увеличению внутрижелудочного давления.

Многие авторы отмечают наибольшее количество перфораций в послеобеденные часы ("Perforation nach mittag", по определению немецких авторов). Так, по данным А.Н. Спиридонова (1957), после обеда произошло 41,7% всех прободений. Вместе с тем предположение, что после обеда желудок переполнен пищей, стенки его растянуты и прободение является следствием этих механических условий, разделяют не все. В послеобеденные часы имеет место более сильное пептическое действие желудочного сока.

Известную роль в развитии перфораций может играть злоупотребление алкоголем. Имеет значение и токсико-аллергическое влияние некоторых медикаментов (аспирина, салицилатов, бутадiona), некоторых гормональных

препаратов (преднизолон, кортизон, АКТГ). Поэтому назначение этих препаратов при хроническом течении язвенной болезни должно быть ограничено. Комаров аллергический диагностика хирургический

Большое значение в возникновении этого осложнения язвенной болезни имеют нервно-психические факторы. Например, во время сильных бомбардировок Лондона в период второй мировой войны количество язвенных перфораций значительно увеличивалось.

Почти все хирурги, изучавшие прободную язву желудка и 12-перстной кишки, отмечают зависимость частоты прободения от времени года. Перфорации возникают большей частью весной, осенью и зимой. Так, по данным И.И. Неймарка, на весенний и зимний периоды приходится наибольшее количество больных — 59%.

Перфорация язвы встречается в любом возрасте, но максимальная частота отмечена между 20 и 50 годами.

Перфорация желудка и двенадцатиперстной кишки чаще возникает у мужчин. По данным Г. Мондора, из 399 случаев перфораций 366 было у мужчин, а 33 - у женщин. Данные современных статистик аналогичны. Так, из 208 больных прободными язвами, лечившихся в клинике госпитальной хирургии Смоленского медицинского института с 1946 по 1962 г., мужчин было 190 (91,4%), женщин - 18 (8,6%). Таким образом, соотношения числа прободений у мужчин и женщин в среднем составляет 10:1, в то время как при неосложненных формах язвенной болезни это соотношение выглядит как 5:1 или 4:1.

Данные о локализации язвенных перфораций противоречивы. По мнению С.С. Юдина, главным образом перфорация наступает дуоденальных язв. По сводной статистике И.И. Неймарка, из 10771 прободения 56,2% падает на желудок и 43,8% — на двенадцатиперстную кишку. Подавляющее

большинство перфораций локализуется на передней стенке желудка и двенадцатиперстной кишки. Встречаются и прободения язв задней стенки; иногда последние сочетаются с прободением язв передней стенки (перфоративные "целующиеся язвы"). Наиболее часто перфоративные язвы располагаются в области луковицы двенадцатиперстной кишки, в пилорическом отделе и по малой кривизне желудка, реже — в препилорическом, кардинальном отделах и по большой кривизне желудка. Прободение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время принято делить на три основные группы:

- открытое прободение в свободную брюшную полость;
- закрытое прободение;
- атипичные формы прободения.

В подавляющем большинстве случаев наблюдается открытое прободение в свободную брюшную полость, которое вызывает развитие диффузного перитонита.

Цель исследования.

Изучить тактику неотложной помощи при перфоративной язве желудка на догоспитальном этапе а так же профилактику язвенной болезни желудка

Задачи исследования.

1. Изучить этиологию, классификацию, клинические проявления перфоративной язвенной болезни желудка.
2. Изучить методику оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе
3. Профилактика язвенной болезни желудка и проведение анкетирования

Глава 1. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ.

1.1. Этиология и патогенез

Обострение язвенной болезни, при котором прогрессируют процессы деструкции и некроза тканей стенки желудка или двенадцатиперстной кишки в области язвы – основной фактор риска развития перфорации язвы. Это положение подтверждается наибольшим количеством перфораций весной и осенью (55-70 %) – в период наиболее частого обострения язвенной болезни, что позволяет выделить период "предперфоративного состояния". Однако и хроническое течение язвенного процесса может перейти в фазу прогрессирующей деструкции с некрозом всех слоев стенки в любое время года. Среди других этиологических факторов, способствующих возникновению перфорации язв, является травма живота, физическое перенапряжение, переполнение желудка пищей, чрезмерное употребление спиртных напитков, рвота, промывание или зондирование желудка, выполнение фиброэзофагогастродуоденоскопии и другие факторы, сопровождающиеся повышением давления в желудке и двенадцатиперстной кишке. Несмотря на то, что важным фактором в возникновении перфорации является переполнение желудка, перфорация возможна и при пустом желудке. Поэтому механические факторы нельзя считать решающими в возникновении указанного осложнения. Вероятнее всего, они только способствуют возникновению перфорации.

Наиболее часто перфорацией осложняются язвы двенадцатиперстной кишки (50- 51 %), препилорического и пилорического отделов желудка (41-42 %) в сравнении с истинно желудочными язвами. Перфорация язв малой кривизны

желудка возникает у 4-5 % больных, еще реже (0,5-1%) перфорируют язвы кардиального отдела желудка. Преобладание количества перфоративных пилоро-дуоденальных язв над истинно желудочными язвами объясняется более низким внутрижелудочным давлением (по сравнению с давлением в просвете двенадцатиперстной кишки), поскольку оно распределяется на стенки желудка, толщина и площадь которых значительно больше, чем стенок двенадцатиперстной кишки. Нередко интраоперационно трудно определить точную локализацию перфоративной язвы, что обусловлено выраженным рубцовым процессом, распространением язвенного инфильтрата одновременно на пилорический отдел желудка и двенадцатиперстную кишку. Указанные обстоятельства, а также сходство патогенетических особенностей язв указанной локализации позволяют объединить их в группу "пилородуоденальных язв".

Данные анамнеза указывают на более частое возникновение перфораций в интервале времени суток между 12 и 20 часами, в период наибольшей физической и психоэмоциональной активности. Чаще осложнение возникает у мужчин, чем у женщин (соотношение 10:1), что в определенной степени может иметь дифференциально-диагностическое значение. При угасании репродуктивной функции у женщин отмечается тенденция к увеличению частоты возникновения перфоративных язв.

Возраст больных с перфоративной гастродуоденальной язвой колеблется в широких пределах. Однако чаще всего это осложнение возникает у пациентов в возрасте 20-50 лет

1.2. Клиническая картина и диагностика

В клиническом течении перфорации условно выделяют 3 периода: период внезапных острых болей, период "мнимого благополучия", период диффузного перитонита. Первый длится 3—6 ч (в зависимости, от величины образовавшегося отверстия, степени наполнения желудка содержимым к моменту перфорации язвы). При перфорации (иногда ей предшествует рвота) в эпигастральной области внезапно возникает чрезвычайно резкая постоянная "кинжальная" боль, как "удар ножом", "ожог кипятком". Раздражение огромного рецепторного поля излившимся сод нередко сопровождается шоком. По мере истощения возможности нервных рецепторов боли несколько уменьшаются, состояние больного стабилизируется, наступает непродолжительный период мнимого благополучия. Вслед за этим быстро начинает развиваться диффузный перитонит. Излившееся сод желудка и экссудат распространяется по правому боковому каналу в правую подвздошную ямку. Боль, первоначально возникшая в эпигастральной области или правом подреберье, перемещается в правый нижний квадрант живота, развивается перитонит. Характерен внешний вид больного в первые часы заболевания: лицо бледное, выражает испуг, покрыто холодным потом, положение вынужденное — на спине или, чаще, на правом боку с приведенными к резко напряженному животу бедрами. Малейшее движение усиливают боль в животе. Температура тела понижена или нормальная. Пульс хорошего наполнения, замедлен до 50—60 ударов в 1 мин или умеренно учащен (80 ударов в 1 мин), АД снижено. Дыхание грудное, поверхностное, учащенное. Живот втянут, имеет ладьевидную форму из-за резкого напряжения мышц брюшной стенки. У молодых худощавых людей прямые мышцы живота хорошо контурируются в виде продольных валов. Такого напряжения мышц живота, как бывает при

прободении язвы, не возникает ни при каком другом остром заболевании органов брюшной полости. Симптом наблюдают у 95—98 % больных с перфорацией язвы. Напряжение мышц может быть не столь выражено у пациентов с дряблой брюшной стенкой. Оно может отсутствовать у лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения, бывает замаскировано обильной подкожной жировой клетчаткой у тучных людей. Пальпация и перкуссия живота резко болезненны. Наибольшая болезненность при перкуссии обычно локализуется в эпигастрии. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Наличие свободного газа в брюшной полости под диафрагмой (в 75—80 %) или под печенью является характерным признаком перфорации органа, содержание газа (пневмоперитонеум). Для выявления свободного газа в правом поддиафрагмальном пространстве производят перкуссию по правой средней подмышечной линии в положении на левом боку. Вместо обычного притупления перкуторного звука над областью печени выявляют тимпанит (положит симптом Спигарного). Исчезновение "печеночной тупости" можно обнаружить и при отсутствии перфорации, когда вследствие вздутия кишечника поперечная ободочная кишка расположена перед печенью. Перистальтические шумы в первый период выслушивания отчетливо или несколько ослаблены. Пальцевое исследование прямой кишки и исследования через влагалище позволяют выявить болезненность тазовой брюшины в случае затекания жидкости и экссудата в малый таз. При рентген исследовании выявляется ограничение подвижности диафрагмы. При исследовании больного в положении стоя свободный газ перемещается под диафрагму и выявляется в виде серповидной полоски просветления между верхней поверхностью печени и диафрагмой (у 75—80 % больных). При отсутствии газа в поддиафрагмальном пространстве для подтверждения диагноза перфорации

язвы можно ввести в желудок через зонд небольшое количество воздуха или водорастворимого контраст вещества. Появление в свободной брюшной полости воздуха или выхождение контраст вещества в брюшную полость свидетельствует о наличии перфорации. Период "мнимого благополучия", наступает через 6 ч от начала заболевания. Резко выраженные симптомы сглаживаются, самочувствие больного улучшается, уменьшаются боли в животе. Улучшение состояния больного может ввести в заблуждение как самого больного, так и врача. Однако при анализе клин данных можно выявить нарастание признаков развивающегося перитонита (учащение пульса и дыхания, повышение температуры тела, парез кишечника, лейкоцитоз). Больной нередко становится эйфоричным. Лицо имеет нормальную окраску, дыхание учащено, температура нормальная или субфебрильная, пульс умеренно учащен (70—80 ударов в 1 мин), артериальное давление нормальное. Язык и слизистые оболочки полости рта сухие. Напряжение мышц брюшной стенки ослабевает, перистальтика вялая. Пальпация живота болезненна, симптом Щеткина—Блумберга положит. Частота выявления свободного газа в брюшной полости возрастает. При УЗИ и перкуторно определяется свободная жидкость в брюшной полости. Исследования через прямую кишку и влагалище выявляют болезненность тазовой брюшины. В крови отмечается умеренный лейкоцитоз. Период распространенного перитонита, наступает через 8—12 ч. Состояние больного к этому времени стан тяжелым: боль в животе умеренная, появляется многократная рвота. Температура тела высокая (38—40 °С), а иногда понижена. Пульс 110—120 уд/мин, слабого наполнения; АД понижено. В этот период обнаруживаются признаки синдрома системной реакции на воспаление, сигнализирующая об опасности развития сепсиса, полиорганной недостаточности и септического шока, о необходимости принятия срочных

мер для предотвращения катастрофы. Вследствие обезвоживания и интоксикации черты лица заостряются, глаза теряют свой блеск, становятся тусклыми. Кожные покровы сухие. Дыхание поверхностное, частое. Язык и слизистая оболочки полости рта сухие. Живот вздут вследствие пареза кишечника или, точнее, паралитической непроходимости. Брюшная стенка растянута и напряжена, болезненна при пальпации и перкуссии. Симптом Щеткина—Блюмберга резко положительный. Перистальтика отсутствует. Имеется свободная жидкость в брюшной полости. Скопление в малом тазу большого количества экссудата можно обнаружить при пальцевом исследовании прямой кишки (нависание и болезненность передней стенки кишки), при исследовании через влагалище (уплощение и болезненность сводов влагалища) или с помощью УЗИ. Под контролем УЗИ можно аспирировать жидкость для исследования. Снижается диурез (олигурия, анурия) вследствие обезвоживания, наступающего в результате многократной рвоты, депонирования жидкости в кишечнике, брюшной полости, а также в интерстициальной ткани в связи с резким повышением проницаемости сосудов микроциркуляции русла и нарастанием отека пневматоз тонкой и толстой кишки

1.3. Классификация перфоративных язв

Язвы, вызывающие перфорацию, различаются по нижеследующим параметрам.

По характеру язв вызывающих перфорацию:

- Перфорация острых язв.
- Перфорация хронических язв.

По клиническому развитию болезни:

- Типичная форма развития – попадание содержимого желудка или 12-перстной кишки в брюшную полость. При этом выделяют 3 периода развития болезни:
 1. Сильный болевой шок.
 2. Мнимое благополучие.
 3. Развитие острого диффузного перитонита.
- Атипичная форма развития:
 1. Прикрытая перфорация (отверстие заслоняется сальником либо соседним органом).
 2. Содержимое желудка или двенадцатиперстной кишки затекает в забрюшенное пространство, полость малого либо большого сальника, спаечные зоны и другие места (кроме прямого попадания в свободную брюшную полость).
 3. Прободение с кровотечением в брюшную полость или полости ЖКТ.

Из-за этих различий, дальнейшее течение болезни после перфорации, ее симптомы и последствия могут сильно различаться. Так, если истечения из прободной язвы попадает в забрюшенную область, то течение болезни и симптомы становятся крайне атипичны. При прикрытых перфорациях боли

могут либо исчезнуть, либо принять форму характерную для другого заболевания.



По локализации прободной язвы:

- Желудок.
- Двенадцатиперстная кишка.
- Пилородуоденальная зона (зона перехода желудка в 12-перстную кишку).
- Расположение язвы в желудке и двенадцатиперстной кишке одновременно (сочетанная язва)

До 85% случаев перфорирует передняя стенка луковицы 12-перстной кишки. На фоне этого существенно реже происходит перфорация желудка. При этом у молодых более распространено прободение язв дуоденальной зоны (12-перстной кишки), а у пожилых – преобладает перфорация язв желудка.

1.4. Тактика неотложной медицинской помощи при перфоративной язве желудка на догоспитальном этапе

На догоспитальном этапе подозрение на перфорацию язвы желудка или двенадцатиперстной кишки является абсолютным показанием для немедленной эвакуации больного лежа, санитарным транспортом в ближайший хирургический стационар. При наличии показаний перед транспортировкой вводятся кардиотонизирующие средства, сосудистые и сердечные аналептики. Применение обезболивающих средств запрещается. Запрещается также оставлять больного с подозрением на перфорацию гастродуоденальной язвы для динамического наблюдения в домашних условиях или амбулатории, в том числе и с целью уточнения диагноза. В хирургическом стационаре диагноз прободной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки является абсолютным показанием к операции. В сомнительных случаях, когда этот диагноз уверенно отвергнуть невозможно, выполняется срочная диагностическая лапаротомия, которая при подтверждении диагноза переводится в лечебную. Любая задержка с оперативным вмешательством по поводу прободной язвы значительно ухудшает прогноз. В предоперационном периоде желудок должен быть обязательно опорожнен с помощью толстого желудочного зонда. Наиболее распространенной операцией по поводу перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является ушивание язвы или пластическое закрытие перфорационного отверстия (например, прядью большого сальника) с обязательным обследованием брюшной полости и отмыванием ее большим количеством стерильного изотонического раствора хлорида натрия или раствора фурацилина. При локализации язвы в двенадцатиперстной кишке, анамнестических данных, свидетельствующих о повышенной кислотообразующей функции желудка и при соответствующей

квалификации хирурга выполняется обычно стволовая ваготомия и один из вариантов дренирующей операции (пилоропластика, гастродуоденостомия, гастроэнтеростомия). В ряде случаев по соответствующим показаниям может быть произведена типичная резекция желудка или антруэктомия в сочетании с ваготомией. При наличии гнойного перитонита оперативное вмешательство обычно ограничивается ушиванием язвы, брюшная полость saniруется и проводится весь комплекс мер по лечению перитонита.

1.5. Алгоритм оказания неотложной помощи при прободной язве желудка

На догоспитальном этапе:

1. Голод.
2. Холод на живот.
3. Кислородотерапия через носовые канюли, маску.
4. Ввести спазмолитики: дротаверин 2% раствор 0,1 мл/кг в/м, папаверин 2% раствор 0,1 мл/кг в/м, но-шпа 0,1 мл/кг в/м.
5. Борьба с гипертермическим синдромом: физические методы, медикаментозные средства (папаверин 2% раствор 0,1 мл/кг в/в или в/м, димедрол 1% раствор 0,1 мл/кг в/в или в/м).
6. Поддержание сердечно-сосудистой деятельности введением сердечных гликозидов: коргликон 0,06% раствор 0,1-0,15 мл/год жизни (не более 0,5-0,8мл) на 10% растворе глюкозы в/в болюсно.
7. Транспортировать в лечебное учреждение.

На госпитальном этапе:

1. Экстренная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении («серп» газа под правым куполом диафрагмы).
2. Ввести постоянный зонд в желудок для декомпрессии, удаления

содержимого.

3. Определить группу и резус-фактор крови больного, клинический, биохимический анализы крови, газы крови, КОС, общий анализ мочи.
6. Оценить параметры АД, ЦВД, ЧСС, ЧД, toC.
7. Ввести катетер в мочевой пузырь для учёта почасового диуреза.
8. Катетеризация магистральной вены.
9. Провести кратковременную предоперационную подготовку: инфузионную дезинтоксикационную и регидратационную терапию.
10. Операция: интубационный наркоз, срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, при прободной язве желудка – ушивание перфоративного отверстия после освежения его краёв или экономная атипичная резекция желудка (типичные резекции желудка по Бильрот у детей не проводятся), при прободной язве ДПК – также экономная резекция, при перфорации кишечника – наложение кишечной стомы, в зависимости от уровня расположения перфоративного отверстия – еюно-, илео-, колостомы.

1.6. Объём и тактика диагностических мероприятий

Выяснить **жалобы**, обратить внимание на:

- характер болевого синдрома: внезапность, интенсивность, продолжительность, локализацию, иррадиацию боли (см. раздел «Острые неосложнённые заболевания органов брюшной полости, почек, мочевыделительной системы»);
- на характер диспепсических расстройств (наличие рвоты, характер стула: частота, наличие патологических примесей).

Помните! Клиническая картина представлена симптомами основного заболевания и его осложнениями. Боль является самым ранним и самым постоянным признаком заболевания.

Острая «кинжальная» боль чаще возникает при перфорации полых органов. Приступообразная боль, чаще возникает при желудочно-кишечной непроходимости.

Собрать **анамнез** заболевания, обратить внимание на:

- эпидемический и пищевой анамнез;
- предшествующие эпизоды желудочно-кишечных кровотечений;
- приём ацетилсалициловой кислоты, НПВС и др. препаратов;
- сопутствующую патологию (язвенную болезнь) и др.

Провести полное **объективное** обследование, описать подробно в «Карте вызова СМП» локальный статус, обратить внимание на:

- вынужденное положение пациента на спине, на боку с приведёнными к животу ногами;
- бледность кожных покровов, акроцианоз, характер налёта на языке, сухость слизистых;
- боль в области живота;
- напряжение мышц брюшной стенки;
- симптомы раздражения брюшины;
- отсутствие печёночной тупости при перкуссии;
- при аускультации кишечные шумы отсутствуют при перитоните, усилены при кишечной непроходимости и др.

Провести пальцевое ректальное обследование.

Оформить «Карту вызова СМП».

Описать локальный статус. Регистрировать ЭКГ: оценить сердечный ритм, ЧСС и др.

Мониторинг общего состояния пациента, ЧДД, ЧСС, пульса, АД. ЭКГ, пульсоксиметрия, термометрия, глюкометрия.

	ЭЭГ		ЭКГ	
	Абнн	Уд. мин	Абнн	Уд. мин
Безопасно для жизни пациента	20	200%	20	200%
Опасно для жизни пациента	0	0%	0	0%

В течение 48 часов после операции ...

ГЛАВА II. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

2.1. Характеристика хирургического отделения №2 РБ №2 – ЦЭМП

В практической части нашего исследования мы изучили статистически данные операций в стационарных условиях по поводу язвенной болезни желудка всего населения за 2015-2017 г.г. по МО.

Хирургическое отделение №2 является структурным подразделением РБ №2 – ЦЭМП. Отделение развернуто на 50 коек в том числе с 10 койками гинекологического профиля для оказания экстренной специализированной хирургической и гинекологической помощи населению Республики Саха (Якутия).

	2015		2016		2017	
	Абс.ч	Уд.вес %	Абс.ч	Уд.вес %	Абс.ч	Уд.вес %
Болезни органов пищеварения	24	33,8%	38	52,05%	27	30,3%

В составе отделения имеется 2 перевязочных (чистая, гнойная), смотровой кабинет для гинекологических больных, процедурный кабинет, подсобные помещения, 11 палат для больных.

Распределение оперированных по нозологиям 2015-2016 г.г

В распределении оперированных по нозологиям в 2015-2016 г.г. болезни органов пищеварения составили в 2015 г. – 24, что составило 33,8%. В 2016 г. – 38 это составило – 52,05%, в 2017 г. – 27, что составило 30,3%.



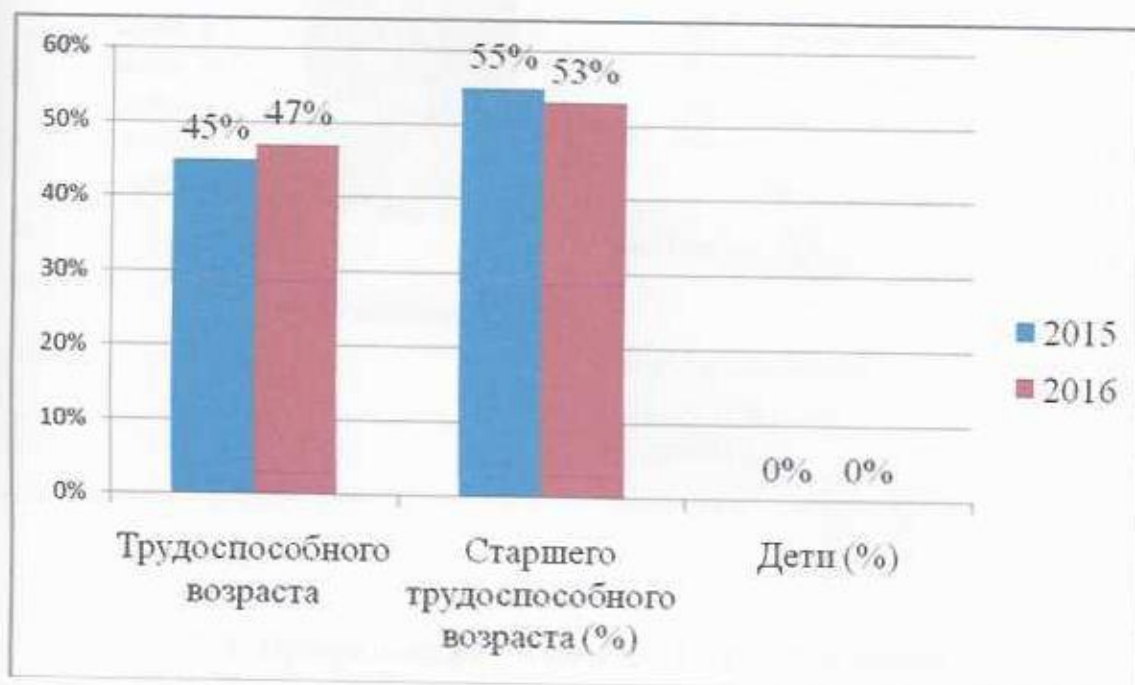
Распределение оперированных в отделении по возрастам в 2015-2016 г.г.

Всего оперированных	Трудоспособного возраста		Старшего трудоспособного возраста (%)		Дети (%)	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
2015	32	45	39	55	-	-
2016	34	47	39	53	0%	0%

Как видно по показателям распределения оперированных в отделении по возрастам в 2015-2016 г.г в 2015 г. всего оперированных лиц

трудоспособного возраста составило – 45%, лиц старшего трудоспособного возраста – 55%, дети – 0%.

В 2016 г. всего оперированных лиц трудоспособного возраста составило – 47%, лиц старшего трудоспособного возраста – 53%, дети – 0%.



Статистические данные операций в стационарных условиях по поводу язвенной болезни желудка населения 2015-2017 г.г. по МО

Таблица 1

	2015	2016	2017
Всего операций	64337	60336	59904
Операция на желудке по поводу язвенной болезни	92	99	87

Диаграмма 1



2.2. Профилактика язвенной болезни желудка

Профилактику язвенной болезни условно разделяют на два этапа:

1. первичная профилактика — которая включает в себя меры по недопущению возникновения заболевания;
2. вторичная — направлена на снижение риска осложнений и обострений при уже имеющейся язвенной болезни.

Первый этап

Он включает следующие меры:

соблюдение правил личной гигиены;

своевременное выявление и лечение инфекционных и бактериальных заболеваний;

отказ от нездорового образа жизни — алкоголя и сигарет;

- соблюдение правил здорового питания с учетом возрастных особенностей организма;

необходимо придерживаться режима дня с умеренными физическими нагрузками, заниматься спортом;

пытаться избегать стрессовых ситуаций;

прием любых медикаментозных средств только под наблюдением врача, ведь бесконтрольный прием лекарств является одной из основных причин, провоцирующих язвенную болезнь.

прием лекарственных препаратов;

фитотерапию;

физиотерапевтические процедуры;

употребление щелочных минеральных вод, желательно в теплом виде.

Кроме того, нужно придерживаться и правил первого этапа, заниматься спортом и выполнять специальные упражнения, способствующие облегчению состояния во время обострения язвенной болезни.

Основные правила профилактики

в первую очередь это ограничение жирной и острой пищи, копченостей и консервов;

контроль за употреблением кофе и газированных напитков;

приветствуется дробное питание небольшими порциями до 6-и раз в день.

полноценный ночной отдых;

своевременное лечение заболеваний ротовой полости и зубов;

минимизация стресса;

отказ от алкоголя и курения;

контроль за температурным режимом употребляемой пищи — она не должна

быть слишком горячей или холодной;

заниматься спортом нужно для общего укрепления организма;

при возникновении боли в желудке, особенно сразу после еды, нужно незамедлительно обращаться к гастроэнтерологу.

Правильное питание

Здоровый рацион и правильный режим питания — залог бесперебойной работы желудочно-кишечного тракта. Питаться нужно дробно, небольшими порциями, в одно и то же время. Еда должна быть богата на витамины и минералы. Это подразумевает ограничение или полный отказ от жирного, копченостей и пряностей, консервов. Также нужно контролировать прием кислых фруктов, таких как цитрусовые, клубника, сливы. Стоит избегать употребления горячей или холодной еды. От кофе и сладких газированных напитков лучше отказаться в пользу зеленого или травяного чая и минеральной негазированной воды.

Как для лечения вторичной язвенной болезни, так и в последующем в профилактических целях, врачи рекомендуют употреблять следующие продукты:

- грецкие орехи;
- молоко;
- йогурт;
- творог;
- кокосовое молоко;
- пажитник;
- семена льна;
- каши;

- яйца;
- отварное постное мясо;
- нежирные сорта рыбы;
- облепиховое и оливковое масла;
- компоты из шиповника;
- кисели;
- желе.

Здоровый иммунитет сможет побороть или минимизировать последствия заболевания. Поэтому для профилактики первичной и вторичной язвенной болезни и других патологических состояний, рекомендовано уделять львиную долю внимания укреплению иммунитета.

Для этого используются:

иммуностимуляторы, в том числе и растительного происхождения;

поливитамины и минеральные комплексы;

рефлексотерапия;

нужно заниматься спортом;

посещать массаж;

заниматься закаливанием.

При первых подозрениях на язву желудка стоит незамедлительно обращаться в медицинское учреждение для обследования. Если же в анамнезе у пациента есть хроническое заболевание желудочно-кишечного тракта, это повод посещать гастроэнтеролога не реже 2-х раз в год, даже при условии, что человека ничего не беспокоит. Особенно при подозрении на вторичную язву. Своевременная диагностика поможет избежать патологических и опасных осложнений заболевания, таких как рак.

Если у пациента уже есть подтвержденный диагноз «язва желудка»,

стоит позаботиться о предупреждении обострений. С этой целью показана госпитализация и сдача необходимых анализов в стационаре при первых же эпизодах болевых приступов. Назначается постельный режим и строгая диета. В первые пару дней после обострения пациент практически ничего не ест, но в последующем допускаются в меню слизистые каши и кисели, отварное и перетертое мясо.

Следующим этапом коррекционной терапии является назначение медикаментов, уменьшающих кислотность желудочного сока. Следует отметить, что их нельзя принимать длительное время. Врачом назначается курс, как правило, до одного месяца. Чтобы поддерживать нормальный кислотный баланс, рекомендуют обратиться к фитотерапии и народным средствам, с которыми тоже не стоит переусердствовать. Спорт и посильные упражнения помогут укрепить организм и уменьшить болевые ощущения, после купирования острых состояний.

2.3 Анкетирование

Анализ динамики заболеваемости за 2015-2017 года показал рост числа больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на 3%.

Анализ аналогичных показателей заболеваемости за 2014 год позволил констатировать увеличение заболеваемости на 1%.

При проведении исследования выяснилось, что за 2015-2017 год в РБ №2 – ЦЭМП Хирургическое отделение поступило 178 больных с язвенной болезнью, из них 22% с язвенной болезнью желудка, остальные 78% с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Далее было проведено анкетирование пациентов терапевтического отделения Новокорсунской участковой больницы, страдающих язвенной

Данные анкетирования свидетельствуют о том, что активный образ жизни ведут лишь 28% опрошенных.

Распределение больных по образу жизни



Рисунок 13 Распределение больных по образу жизни

По результатам проведенного анкетирования сделаны следующие выводы:

- язвенной болезнью чаще страдают мужчины;
- данной патологией страдают лица преимущественно в возрасте от 30-39 до 40-49 лет;
- наибольшее число больных имеют I группу крови;
- количество пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки преобладает над количеством пациентов с язвенной болезнью желудка.
- обострение заболевания у 23% больных случается 2 раза в год;
- из симптомов язвенной болезни боль в эпигастральной области наблюдается в 100% случаев.
- преобладающее количество больных (76%) не состоит на «Д» учете;
- 1 раз в год стационарное лечение проходит 56% пациентов;
- не все пациенты с обострением заболевания проходят курс стационарного лечения;



Рисунок 10 Распределение больных по соблюдению диеты, рекомендованной лечащим врачом

Выяснилось, что наибольшее число больных (71%) придерживаются соблюдения режима дня, рекомендованного лечащим врачом.

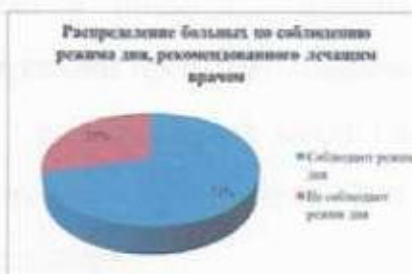


Рисунок 11 Распределение больных по соблюдению режима дня, рекомендованного лечащим врачом

Проанализировав ответы респондентов, я сделала вывод, что 68% из них имеют вредные привычки, 32% - ведут здоровый образ жизни.

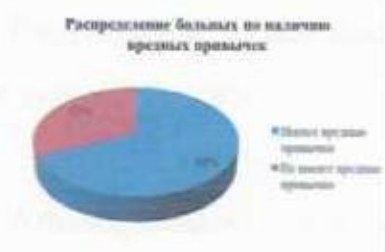


Рисунок 12 Распределение больных по наличию вредных привычек

лечение 2 раза в год; и 6 человек (18%) проходят стационарное лечение более 2 раз в год.

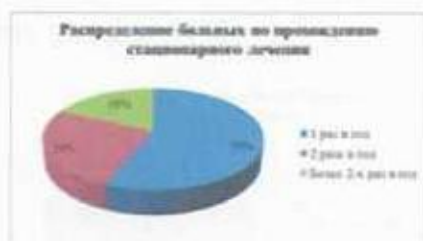


Рисунок 8 Распределение больных по прохождению стационарного лечения

Сопоставление данных по частоте обострений и госпитализаций пациентов позволяет сделать вывод о том, что не все пациенты с обострением проходят стационарное лечение.

Сравнительный анализ анкетных данных показал, что преобладающее количество респондентов (73%) постоянно подвержены нервно-психическим напряжениям.

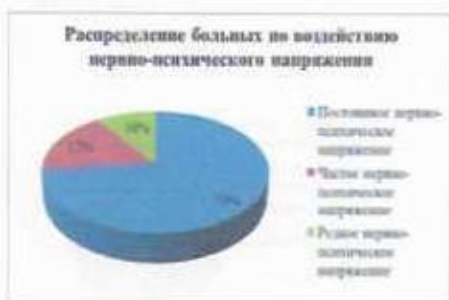


Рисунок 9 Распределение больных по воздействию нервно-психического напряжения

Анкетирование показало, что 50% больных придерживаются соблюдения диеты, рекомендованной лечащим врачом, 23% частично придерживаются, 27% вовсе не придерживаются

Анализ данных, полученных в результате анкетирования, установил, что из 30 респондентов на диспансерном учете по данному заболеванию состоит только 24%.

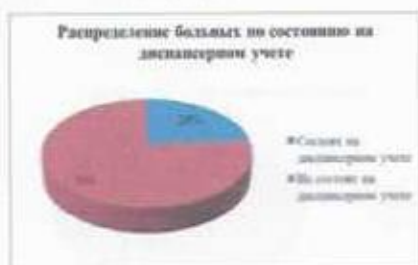


Рисунок 6 Распределение больных по состоянию на диспансерном учете

Так же по результатам анкетирования выяснено, что у большинства пациентов обострение заболевания происходит 2 раза в год.

Анкетирование свидетельствует о том, что в период обострения язвенной болезни 100% респондентов испытывают боль в эпигастральной области, 76% – изжогу, 59% – отрыжку кислым, 50% – тошноту и/или рвоту, 33% – запоры.

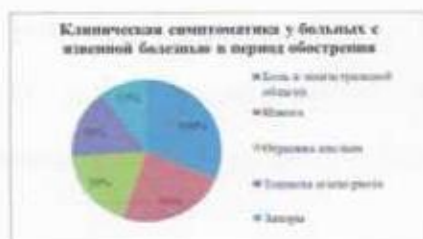


Рисунок 7 Клиническая симптоматика у больных с язвенной болезнью в период обострения

Данные анкетирования показали, что 17 человек (56%) проходят стационарное лечение 1 раз в год; 7 человек (26%) проходят стационарное

При проведении анкетирования выяснилось, что у 37% пациентов I группа крови, 23% – II группа, 30% – III группа, IV группа крови у 10% пациентов.

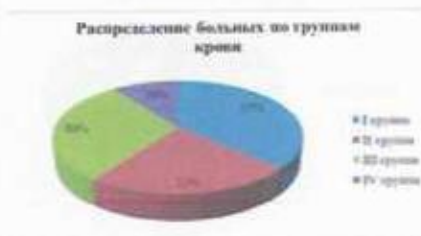


Рисунок 3 Распределение больных по группам крови

57% всем опрошенным был поставлен диагноз язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, остальным 43% – язвенная болезнь желудка.



Рисунок 4 Распределение больных по диагнозу

В ходе исследования установлено, что трудовой деятельностью занимаются 80% от общего количества респондентов.

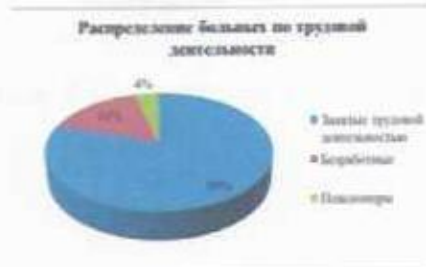


Рисунок 5 Распределение больных по трудовой деятельности

болезнью. Всего было опрошено 30 респондентов. Из них 63% составили мужчины, а 37% – женщины.

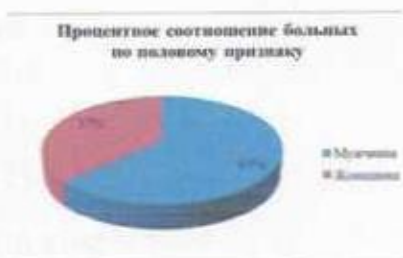


Рисунок 1 Процентное соотношение больных по половому признаку

Мной произведено распределение пациентов по возрастным группам:

- наибольшее количество пациентов с язвенной болезнью пришлось на возрастной диапазон от 30-39, 40-49 лет – по 29%;
- на втором месте – пациенты в возрастной категории от 50-59 лет – 18%;
- на третьем месте – пациенты в возрасте от 19 до 29 лет – 16%;
- наименьшее количество пациентов пришлось на возрастную категорию от 60 и старше – всего 6% от общего числа больных.

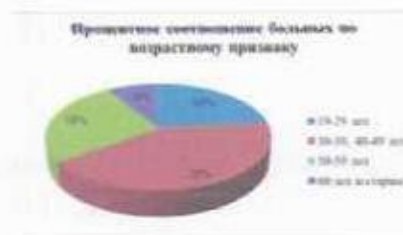


Рисунок 2 Процентное соотношение больных по возрастному признаку

- пациентов, соблюдающих рекомендованную врачом диету и режим дня, преобладающее количество;

- вредные привычки наблюдаются у 68% пациентов.

Анкета

Ваш пол:

- 1) мужской;
- 2) женский.

К какой возрастной группе Вы относитесь?

- 1) 20-29;
- 2) 30-39;
- 3) 40-49;
- 4) 50-59;
- 5) старше 60 лет.

Какой диагноз Вам был поставлен?

- 1) Язвенная болезнь желудка;
- 2) язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
- 3) сочетанная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Какая у Вас группа крови?

- 1) I группа;
- 2) II группа;
- 3) III группа;
- 4) IV группа.

Занимаетесь ли Вы трудовой деятельностью?

- 1) Да;
- 2) нет.

Состоите ли Вы на диспансерном учете?

- 1) Да;
- 2) нет.

Сколько раз в год у Вас происходит обострение заболевания?

- 1) 1 раз;
- 2) 2 раза;
- 3) более 2 раз в год.

Какие симптомы Вы испытываете в период обострения язвенной болезни?

- 1) Тупая, режущая, колющая боль в эпигастральной области;
- 2) изжога;
- 3) тошнота и/или рвота;
- 4) отрыжка кислым;
- 5) запоры.

Сколько раз в год Вы проходите стационарное лечение?

- 1) 1 раз;
- 2) 2 раз;
- 3) более 2 раз в год.

Придерживаетесь ли Вы соблюдения диеты, рекомендованной лечащим врачом?

- 1) Полностью придерживаюсь;
- 2) частично придерживаюсь;
- 3) вовсе не придерживаюсь.

Придерживаетесь ли Вы соблюдения режима дня, рекомендованного лечащим врачом?

- 4) Да;
- 5) Нет.

1. Курите ли Вы?

- 1) Да;
- 2) Нет.

Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?

- 1) Я не принимаю алкоголь;
- 2) употребляю по праздникам;
- 3) употребляю реже, чем раз в месяц;

4) употребляю чаще, чем раз в месяц.

2. Как часто Вы подвергаетесь нервно-психическим напряжениям?

1) Редко;

2) часто;

3) постоянно.

Считаете ли Вы, что ведете активный образ жизни?

1) Да;

2) нет.

Спасибо за участие!

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Язвенная болезнь – это хроническое заболевание, в основе которого лежит рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

Перед транспортировкой в стационар больному с перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки следует ввести зонд в желудок, отсосать его содержимое (не промывать). Больного необходимо уложить на щит и носилки в положение со слегка приподнятым головным концом и умеренно согнутыми конечностями в тазобедренных и коленных суставах. Этим достигается расслабление мышц передней брюшной стенки и тем самым несколько снижается интенсивность болей в животе. При наличии признаков токсического шока вводят сердечные и дыхательные analeптики (строфантин, кордиамин) и налаживают капельное вливание солевых растворов (0,9% раствора натрия хлорида, 5% раствора глюкозы) в количестве 400 - 800 мл. Эти лечебные мероприятия можно одновременно рассматривать как предоперационную подготовку, которую продолжают в стационаре. Все больные с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки подлежат экстренной операции по жизненным показаниям.

Меры первичной и вторичной профилактики должны быть в каждом случае различными. К мерам первичной профилактики гастрита и язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки врачи относят: устранение таких вредных привычек, как употребление алкоголя, курение, упорядочение режима питания, труда и быта, недопущения психоэмоциональных и физических перенапряжений. Последние факторы имеют особо важное значение, поскольку они приводят к расстройству корково-висцеральной регуляции, то есть нарушению взаимоотношений между корой головного мозга и желудком, а также снижению функции симпатической нервной

системы, что вызывает усиление дистрофического процесса в желудке. Этот сложный комплекс изменений лежит в основе не только возникновения и развития, но и течения гастрита и язвенной болезни желудка.

Поэтому средства их вторичной профилактики направлены на устранение нарушенных функций коры головного мозга, повышение питания (трофика) клеток и ослабление источников раздражения нервных сплетений самого желудка. Наиболее эффективными средствами в этом отношении являются рациональный режим жизни и питания, применение радоновых или сульфидных, йодо-бромных или азотно-радоновых ванн в сочетании с внутренним применением минеральных вод.

ВЫВОД

Язвенная болезнь – это хроническое заболевание, в основе которого лежит рецидивирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

- 1. Изучение этиологии, клиники данного заболевания, представление в данной работе статистических данных могут судить о тенденции к улучшению качества жизни пациентов с язвенной болезнью.
- 2. Для успешной профилактики осложнений при перфоративной язве желудка следует предупреждать факторы риска, наиболее значимыми из которых являются курение и злоупотребление алкоголем, нерациональное питание. Важнейшим фактором профилактики язвенной болезни, ее рецидивов и осложнений является диспансеризация, в задачу которой должны входить своевременное выявление, раннее комплексное лечение и рациональное трудоустройство больных.
- 3. Тактика неотложной помощи при перфоративной язве желудка включает в себя: полный физический и эмоциональный покой.
- Принятие удобного для пациента позы (положение на боку с приведенными к животу ногами).
- Запрещается прием пищи, воды, лекарственных средств.
- Определение АД, Ps, бледность, потливость, помутнение сознания – симптом развивающегося болевого шока).
- Обезболивание не проводится до осмотра хирургом.
- При снижении АД ввести 2 мл кордиамина в/м или 1 мл 1% р-ра мезатона.
- Госпитализация в хирургическое отделение.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Литература

1. Бурков С.Г. Заболевания органов пищеварения у беременных. М.: КРОН-ПРЕСС, 1996, 217 с.
2. Бурков С.Г. Стратегия диагностики и медикаментозного лечения заболеваний органов пищеварения у беременных // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. - № 7. – С. 72-78.
3. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. – М., Медицина, 1987 - 288 с.
4. Евсеев М.А., Клишин И.М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях // Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2010. - №3. – С. 55-62.
5. Здоровье населения России и деятельность учреждений здравоохранения в 1999 г. Статистические материалы МЗ РФ, 2000.
6. Ивашкин В.Т., Степанов Е.В., Баранская Е.К. и др. Взаимосвязь результатов лазерного ¹³C-уреазного дыхательного теста и морфологического состояния гастродуоденальной слизистой оболочки при различных НР-ассоциированных заболеваниях // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2006. - №3. – С.77-85.
7. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. – М.:МЕДпресс-информ. – 2009. – С.78-83.
8. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2012. - №1. – С.87-89.