



Задание

Проработать лекцию ответить
на вопросы.



Заболевания ЖКТ.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА



Функции пищеварительного тракта



1 минута

Определение вкусовых качеств пищи, пережевывание, перемешивание со слюной



3 секунды

Проглатывание



2 - 4 часа

Пищеварение



3 - 5 часов

Всасывание



от 10 часов до нескольких дней

Дефекация



Сбор информации

- Боли- связь с приемом пищи, локализация, связь с дефекацией
- Нарушение аппетита
- Отрыжка: внезапное попадание в полость рта содержимого желудка , сопров. характерным звуком выходящего через рот воздуха, обусловлена сокращением желудка при открытом кардиальном отверстии
- Изжога: ощущение жжения в подложечной области и за грудиной . (забрасывание кислого содержимого желудка в нижнюю часть пищевода
- Тошнота: неприятное ощущение в подложечной области в сочетании с ощущением давления.
- Рвота- непроизвольно выбрасывается содержимое желудка через пищевод, глотку.
- Метеоризм – вздутие. Распиранием живота в сочетании с усиленным отхождением газов.
- Поносы: жидкий стул с частым опорожнением кишечника(усил. перистальтика. Нарушение всасывания.
- Запоры- задержка кала в к-ке более 48 час.

Гастрит. воспаление слизистой (внутренней) оболочки желудка.

- Гастрит Гастрит — различают острые и хронические гастриты.
- Острый гастрит – это острое воспаление слизистой оболочки желудка, которое возникает при непродолжительном воздействии сильных раздражителей. Острые гастриты возникают внезапно и протекают тяжело, нередко сопровождаясь образованием так называемых эрозий
- Острый гастрит – это острое воспаление слизистой оболочки желудка, которое возникает при непродолжительном воздействии сильных раздражителей. Острые гастриты возникают внезапно и протекают тяжело, нередко сопровождаясь образованием так



Причины острого гастрита

- Чрезмерный прием алкоголя;
- Употребление (случайно или намеренно) кислот, щелочей и других токсических веществ;
- Употребление некоторых лекарств, в частности, больших доз так называемых нестероидных противовоспалительных средств (например, аспирин);
- Осложнение тяжелых заболеваний (например, [инфаркта миокарда](#) Осложнение тяжелых заболеваний (например, инфаркта миокарда, [инсульта](#) Осложнение тяжелых заболеваний (например, инфаркта миокарда, инсульта, печеночной или [почечной недостаточности](#) Осложнение тяжелых заболеваний (например, инфаркта миокарда, инсульта, печеночной или почечной недостаточности), травм, [ожогов](#), операций, угрожающих жизни состояний — так называемый острый стрессорный гастрит;
- Некоторые инфекции (цитомегаловирус (особенно у больных [ВИЧ-инфекцией](#)), тяжелая стафилококковая инфекция и т.д.);
- Тяжелое радиационное поражение;
- В редких случаях острый гастрит связан с заражением бактерией

Симптомы острого гастрита

- Как правило, возникает отрыжка Как правило, возникает отрыжка, тяжесть и резкие боли в подложечной области, тошнота Как правило, возникает отрыжка, тяжесть и резкие боли в подложечной области, тошнота, рвота Как правило, возникает отрыжка, тяжесть и резкие боли в подложечной области, тошнота, рвота, слабость, головокружение. У некоторых больных возникает рвота содержимым бурого цвета или с примесью крови. Через 1-2 суток присоединяется жидкий стул.

Диагностика острого гастрита

- Для диагностики острого гастрита проводят гастроскопию, которую правильнее называть эзофагогастродуоденоскопией Для диагностики острого гастрита проводят гастроскопию, которую правильнее называть эзофагогастродуоденоскопией (ФГДС).
- ОАК ,ОАМ
- БАК. УЗИ ОБП.



Лечение

- Прежде всего, должна быть установлена, и по возможности, устранена, причина, которая привела к острому повреждению желудка. Иногда необходимо промывание желудка. В течение первых суток болезни рекомендуется воздерживаться от приема пищи. Следует придерживаться диеты при остром гастрите – слизистые супы, кисели, желе и т.д.



Лечение острого гастрита .

- Терапия острого гастрита зависит от состояния больного, формы и распространенности воспалительного процесса, В случае острого (катарального) гастрита достаточно удалить содержимое желудка, вызвав рвоту, предварительно дав больному выпить несколько стаканов теплой воды или раствора питьевой соды. В некоторых случаях приходится промывать желудок теплой водой, 0,5 % раствором питьевой соды или изотоническим раствором хлорида натрия, используя толстый зонд. Первые 1 - 2 дня рекомендуется голод; разрешается небольшими порциями пить крепкий чай (теплый или остывший), теплое щелочное питье (боржом или славяновская минеральная вода), настой шиповника. На 2 - 3-й день болезни можно добавить жидкую пищу (слизистые супы, нежирный куриный бульон, кефир, в случае переносимости - молоко с яичным белком). Затем включают в рацион жидкую манную, овсяную или протертую рисовую каши, кисели, фруктовые желе, мясное суфле, мясные и рыбные кнели, яйца всмятку, сухари из белой муки. Через 5-7 дней - стол № 1. Постельный или полупостельный режим в течение нескольких дней, лечебное питание, в случае необходимости - обволакивающие средства (соединения висмута 0,5-1 г 3 раза в день), при болях - препараты белладонны сравнительно быстро нормализуют состояние больного с острым "банальным" гастритом.



Хронический гастрит

- Причины
- Микробные: хеликобактер пилори и другие микробы
- Не микробные: аутоиммунные, алкогольные, после операции желудка, обусловленные воздействием противовоспалительных препаратов (например, индометацина, ибупрофена, аспирина и др.), обусловленные воздействием химических веществ
- Неизвестные факторы, в т.ч. микроорганизмы.
- Хронический неатрофический гастрит в 85-90% случаев обусловлен микробом хеликобактер пилори.



Хронический гастрит .

- Развитие хронического атрофического (аутоиммунного) гастрита связано с генетически обусловленной выработкой аутоантител к клеткам слизистой оболочки желудка.
- Наиболее частые причины химического (реактивного) гастрита - заброс желчи из кишечника в желудок и длительный прием некоторых лекарственных препаратов.
- Причины эозинофильного гастрита неизвестны, у части больных выявляют бронхиальную астму Причины эозинофильного гастрита неизвестны, у части больных выявляют бронхиальную астму, экзему и другие аллергические болезни.
- Гранулематозный гастрит обнаруживают у 10% больных саркоидозом Гранулематозный гастрит обнаруживают у 10% больных саркоидозом, 7% пациентов с болезнью Крона Гранулематозный гастрит обнаруживают у 10% больных саркоидозом, 7% пациентов с болезнью Крона, при туберкулезе, микозах, инородных телах в желудке.

Пищевод

Слизистая
оболочка





Симптомы хронического гастрита

- Боли в подложечной области, возникающие натошак. Боли могут быть острыми схваткообразными или ноющими неинтенсивными; иногда возникают вскоре после едыю

Изжога, отрыжка кислым, реже тошнота, рвота желудочным содержимым.

Наиболее частые проявления гастритов в хроническом течении - тяжесть в подложечной области после еды, чувство переедания, переполнения желудка, отрыжка пищей и воздухом, неприятный привкус во рту, снижение аппетита, возможны [метеоризм](#)

Наиболее частые проявления гастритов в хроническом течении - тяжесть в подложечной области после еды, чувство переедания, переполнения желудка, отрыжка



Диагностика ХГ

- Общий анализ крови и мочи поможет обнаружить признаки воспалительного процесса в организме при обострении хронического гастрита (в ремиссию анализы будут в норме), гиперхромную анемию при хроническом аутоиммунном гастрите.
- Анализ кала: возможно наличие скрытой крови, а также непереваренных остатков пищи при пониженной секреторной активности желудка.
- [ФГДС](#) и взятие биоптатов для гистологического исследования. При невозможности выполнения ФГДС можно провести рентгенологическое исследование желудка с контрастированием барием, однако это менее информативно.
- Исследование секреторной функции желудка.
- Выявление микроба хеликобактер пилори. «Золотым стандартом» является гистологическое исследование биоптатов с их окраской по определенным схемам и последующее микроскопическое исследование. Также используется биологический метод (посев микроорганизма на питательную среду).
- Дифференциальная диагностика проводится с [язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки](#), грыжей диафрагмы, эзофагитом, опухолями.
- Решающее значение для уточнения диагноза имеет ФГДС.



Лечение ХГ

- При гастрите, вызванном микробом хеликобактер пилори, применяют противомикробную терапию.
- Существует несколько стандартных схем лечения, включающие
- антибиотики,
- ИПП (омез, нольпаза, париет, эманера – вещества, использующиеся при лечении заболеваний ЖКТ, связанных с выделением соляной кислоты),
- препараты висмута (де-нол, вентрисол).

Лечение рефлюкс-гастрита

- Лечение направлено на нормализацию моторики желудка и связывание желчных кислот, что, в первую очередь достигается диетой (питание 5-6 раз в день небольшими порциями, исключение жареной, острой, жирной пищи).
- Для предотвращения заброса в желудок дуоденального содержимого назначают домперидон, метоклопрамид короткими курсами. Длительное использование этих препаратов не рекомендуется по причине серьезных побочных эффектов со стороны сердечно-сосудистой системы.
- Относительно новым препаратом из группы прокинетиков является итоприд (ганатон), он нормализует моторику желудочно-кишечного тракта и уменьшает заброс желчи в желудок.
- Для нейтрализации желчных кислот, оказывающих повреждающее действие на слизистую оболочку желудка, применяют хенодеоксихолевую и урсодеоксихолевую кислоты, например, урсосан.
- Защита слизистой оболочки от желчных кислот - препараты, снижающие кислотность в обычной суточной дозе (алюминийсодержащие антациды, например, альмагель, обладают способностью связывать желчные кислоты, поэтому они более эффективны).



При пониженной кислотности назначают диету №2:

- супы из круп и овощные, протертые супы на мясных, грибных, рыбных бульонах;
- нежирное мясо (рубленое, жареное), курица вареная, паровые, тушеные, обжаренные котлеты без грубой корки, нежирная ветчина, рыба нежирная отварная, хорошо вымоченная нежирная сельдь рубленая, черная икра;
- молоко (если не вызывает поноса), масло сливочное, кефир, простокваша, сливки, сметана некислая, творог свежий некислый, сыр неострый протертый;
- яйца всмятку, омлет жареный;
- каши, хорошо разваренные или протертые (гречневая, манная, рисовая);
- мучные блюда, (кроме сдобы), хлеб черствый белый, серый, несдобные сухари;
- овощи, фрукты вареные, сырые в натертом виде; фруктовые, овощные соки (также кислые);
- чай, кофе, какао на воде с молоком, мармелад, сахар. Поваренной соли до 12-15 г.
- добавляют витамины С, В1, В2, РР.



При повышенной кислотности.

- протертые молочные и овощные (кроме капусты), крупяные слизистые супы (но не мясные и не рыбные);
- овощи в вареном измельченном (пюрированном) виде или в виде паровых пудингов;
- протертые каши с маслом, молоком;
- отварное тощее мясо, отварная рыба нежирных сортов (треска, окунь, щука), мясные, рыбные паровые котлеты, курица отварная без кожицы;
- сливочное, оливковое, подсолнечное масло;
- молоко, простокваша некислая, сливки, свежий нежирный, лучше протертый творог, некислая сметана;
- яйца всмятку или в виде паровых омлетов;
- белый черствый хлеб, белые несдобные сухари;
- сладкие сорта ягод и фруктов, овощные, фруктовые, ягодные соки, настой шиповника, кисели, компоты из сладких ягод, фруктов в протертом виде, сахар, варенье, чай, какао - слабые, с молоком;
- по мере улучшения общего состояния пищу дают в вареном, но не протертом виде;
- поваренную соль ограничивают до 8 г;
- добавляют витамины А, С, витамины группы В.
- Пищу принимают часто 5-6 раз в сутки, хорошо ее пережевывая; следует избегать слишком горячей или слишком холодной пищи)



Язвенная болезнь

- Под **язвенной болезнью** подразумевается хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся общей морфологической особенностью - потерей участков слизистой оболочки (образования язв) в тех областях пищеварительного тракта, которые контактируют с активным желудочным соком (желудок, проксимальная часть двенадцатиперстной кишки).



Что провоцирует / Причины Язвенной болезни:

- Нервно-психические факторы.
- Алиментарный фактор.
- Наследственно-конституциональные факторы.
- Вредные привычки.
- Лекарственные воздействия.
- *Helicobacter pylori*



патогенез

- С современной точки зрения, патогенез язвенной болезни представляется как результат нарушения равновесия между факторами агрессии желудочного сока и защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.



Патогенез.

- К агрессивным факторам относят соляную кислоту, пепсин, нарушение эвакуации из желудка и дуоденогастральный рефлюкс.
- **Защитный барьер слизистой оболочки.**
Принято выделять два компонента защитного слизистого барьера: слой видимой, нерастворимой слизи ("первая линия защиты") и слой эпителиальных клеток слизистой оболочки ("вторая линия защиты").



Клиническая картина

- Боли в подложечной области, могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку
- возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отдела ж-ка), через полчаса-час после еды (через 2-3 часа после еды). При язвах пилорического канала и луковицы 12п. К-ки обычно наблюдаются поздние боли (через 2-3ч.после еды) . голодные боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи , а так жн ночные боли . Боли купируются антисекреторными и спазмолитическими препаратами.
- Диспептические расстройства: отрыжка кислым, изжога, тошнота, запоры. Возможна рвота на высоте болей, приносящая облегчение.
- Сезонность обострения –весна,осень



Диагностика

- Болезненность при пальпации в эпигастральной области, умеренно выраженная резистентность мышц передней брюшной стенки.
- ОАК-норма или анемия- признак скрытого кровотечения. Лейкоцитоз, повышение СОЭ- пенетрация язвы?
- ФГДС , рентгеноскопия желудка .
- Тесты на геликобактер.



При язвенной болезни появляются разнообразные осложнения.

- язвенно-деструктивные (кровотечение, прободение, пенетрация);
- воспалительные (гастрит, дуоденит, перигастрит, перидуоденит);
- язвенно-рубцовые (сужение входного и выходного отделов желудка, деформация желудка, сужение просвета двенадцатиперстной кишки, деформация ее луковицы);
- малигнизация язвы (развитие рака из язвы);
- комбинированные осложнения.



Язвенное кровотечение

- Чаще при локализации язв в желудке
- Рвота типа кофейной гущи ,черный дегтеобразный стул типа мелена
- Снижение АД, потереря сознания, тахикардия



Перфорация (прободение)

- Предрасполагают –прием алкоголя, физическое напряжение, переедание.
- Острейшие(кинжальные боли)в подложечной области, коллаптоидное состояние.
- Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, выраженная болезненность при пальпации живота,симптомы раздражения брюшины.



Прободная язва желудка





Пенетрация

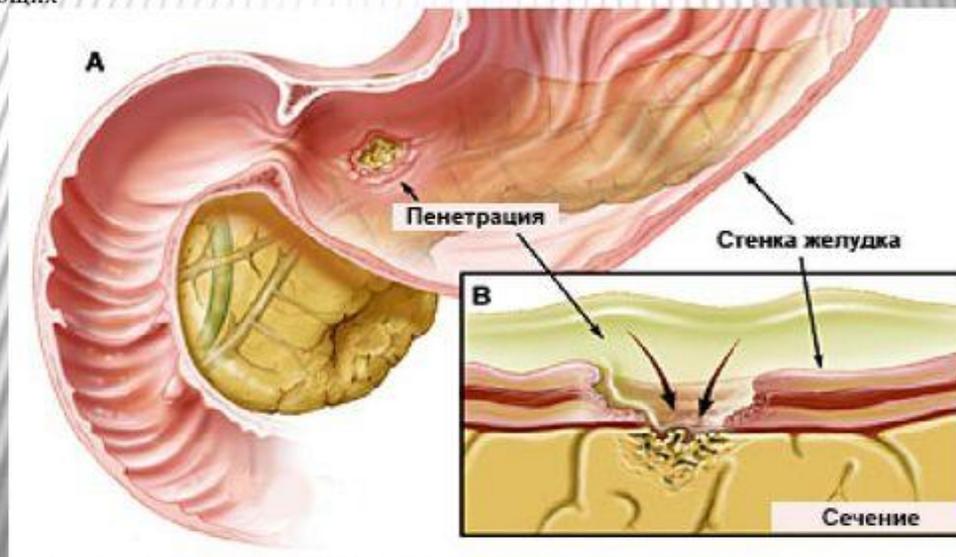
- Проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие органы : поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь
- Боли упорные, теряют связь в приеме пищи, повышается температура тела, в крови- лейкоцитоз, повышение СОЭ .



Пенетрация язвы.

3. Пенетрация

Пенетрация язвы в соседние органы может рассматриваться, как своеобразная разновидность прикрытой перфорации. Чаще всего пенетрируют язвы задней и боковой стенок луковицы и постбульбарные язвы двенадцатиперстной кишки. Наиболее часто язвы пенетрируют в малый сальник, в поджелудочную железу, печень, толстую кишку, брыжейку. Клиническая картина язвенной болезни изменяется. Боли становятся упорными, постоянными. Присоединяются признаки вовлечения в патологический процесс поджелудочной железы, печени или желчевыводящих путей (желтуха, повышение активности амилазы в крови, опоясывающие боли и др.). Пенетрация чаще возникает у мужчин, особенно у длительно болеющих.





Стеноз привратника

- Формируется после рубцевания язв пилорического канала или начальной части 12п.к-ки
- Рвота пищей, съеденной накануне.
отрыжка воздухом с запахом тухлых яиц
при пальпации живота « шум плеска» .
прогрессирует истощение,
электролитные нарушения.



Малигнизация

- Утрата периодичности и сезонности обострений, потеря связи болей с приемом пищи, анемия , увеличение СОЭ
- ФГДС. гистологическое исследование биоптатов участков язвы.



лечение

- Диета №1 (частое дробное механически и химически щадящее питание)
- Блокаторы протонной помпы (омез, гастрозол, пириет, лансопрозол)
- Антациды: маалокс, гевискон
- При геликобактере-эрадикационная терапия. АБ, Де-нол.
- Профилактика- режим питания, исключение вредных привычек
- Оперативное лечение при осложнениях

Постгастрорезекционные расстройства

- Диарея всл.ускоренного опорожнения желудка и быстрым транзитом содержимого по к-ку

Синдром мальабсорбции: анемия (нарушение всасывания железа и витамина В12) снижение массы тела, гипопроteinемия, отеки .

Лечение- частое дробное питание энпиты, лоперамид.

Гастростаз-рвота через 2-3ч.после еды(нарушение моторики, наличие механического препятствия) .лечение- прокинетики(мотилиум),хирургическое лечение.



Постгастрорезекционный расстройство

- Ранний демпинг –синдром обусловлен быстрым поступлением гиперосмолярного содержимого желудка в тонкую кишку с последующим нарушением регуляции пищеварения Клиника: слабость, головокружение, потливость, сердцебиение, необходимость принять горизонтальное положение через 10-120 минут после еды. Лечение- дробный прием пищи , большое количество пищевых волокон, отдельный прием пищи и жидкости, спазмолитики.
- Поздний демпинг-синдром –гипогликемия через 2-3ч. После приема пищи ,связанная с выделением инсулина в ответ на гипергликемию: слабость, головокружение.сердцебиение, чувство голода, потливость ,прием пищи уменьшает симптомы .



Уход за больным

- Проблемы пациента: боли в животе, нарушение аппетита, изжога, тошнота, рвота , необходимость соблюдения диеты, необходимость прекращения курения, приема алкоголя, необходимость систематического приема лекарственных препаратов.



Действия м\с

- Проведения бесед о режиме питания и диеты, о прекращении курения и приема алкоголя, о необходимости приема лекарственных средств по расписанию
- Контроль за диетой, приемом медикаментов.
- Контроль за передачами.
- Контроль за весом больного
- Оказание первой помощи при ЖКК
- Подготовка к обследованиям .



Рак желудка

- Злокачественная опухоль, развивающаяся из эпителиальной ткани.
- Этиология: канцерогенные факторы - курение, злоупотребление алкоголем, геликобактер.



Клиническая картина

- Вначале заболевания- малые признаки: желудочный дискомфорт, слабость, утомляемость, снижение аппетита, отвращение к мясной пище.
- Боли-от слабовыраженных до морфинных
- Лихорадка
- Анемия
- Отеки
- Кровотечение
- ОАК, БАК, ФГДС, УЗИ ОБП .



Уход за больным

- Проблемы пациента: диспептические расстройства(тошнота, рвота,тяжесть в эпигастрии) ,боли, потеря веса, сознание необходимости проведения операции.
- Действия медсестры: помощь при рвоте, контроль веса, беседы о необходимости операции, своевременное обезболивание.



Хронический панкреатит

- Хроническое воспаление поджелудочной железы.
- Боли, постоянное снижение функции поджелудочной железы.
- Этиология: болезни ЖВП, злоупотребление алкоголем, язвенная болезнь 12п. К-ки, повреждение железы во время операции.
- Воспалительно-дистрофические изменения в железе, утрата внутри и внешнесекреторной функции .



Хронический панкреатит

- Обострение: боли в животе слева от пупка. В левом подреберье, опоясывающий характер, провоцируются острой, жареной пищей. Снижение аппетита, тошнота, рвота, склонность к поносам, желтуха при сдавлении желчных протоков. Снижение веса, сухость кожи, при пальпации - болезненность в проекции поджелудочной железы.
- ОАК - лейкоцитоз, пов. СОЭ, БАК: повышение амилазы, сахара крови. .
- УЗИ ОБП.



Хронический панкреатит. Лечение

- Диета: исключить жирные, жареные блюда, достаточно белка, питание 4-5 р\д, витамины.
- Купирование болей: анальгетики
- Подавление воспаления: ферменты + ингибиторы соляной кислоты (омез+ антациды), инфузионная терапия с электролитами, спазмолитиками, анальгетиками .
- При недостаточности внешнесекреторной ф-ции- панкреатические ферменты(мезим, панкреатин, креон)
- Нарушение эндокринной – функции- СД вторичный панкреатогенный- инсулинотерапия.



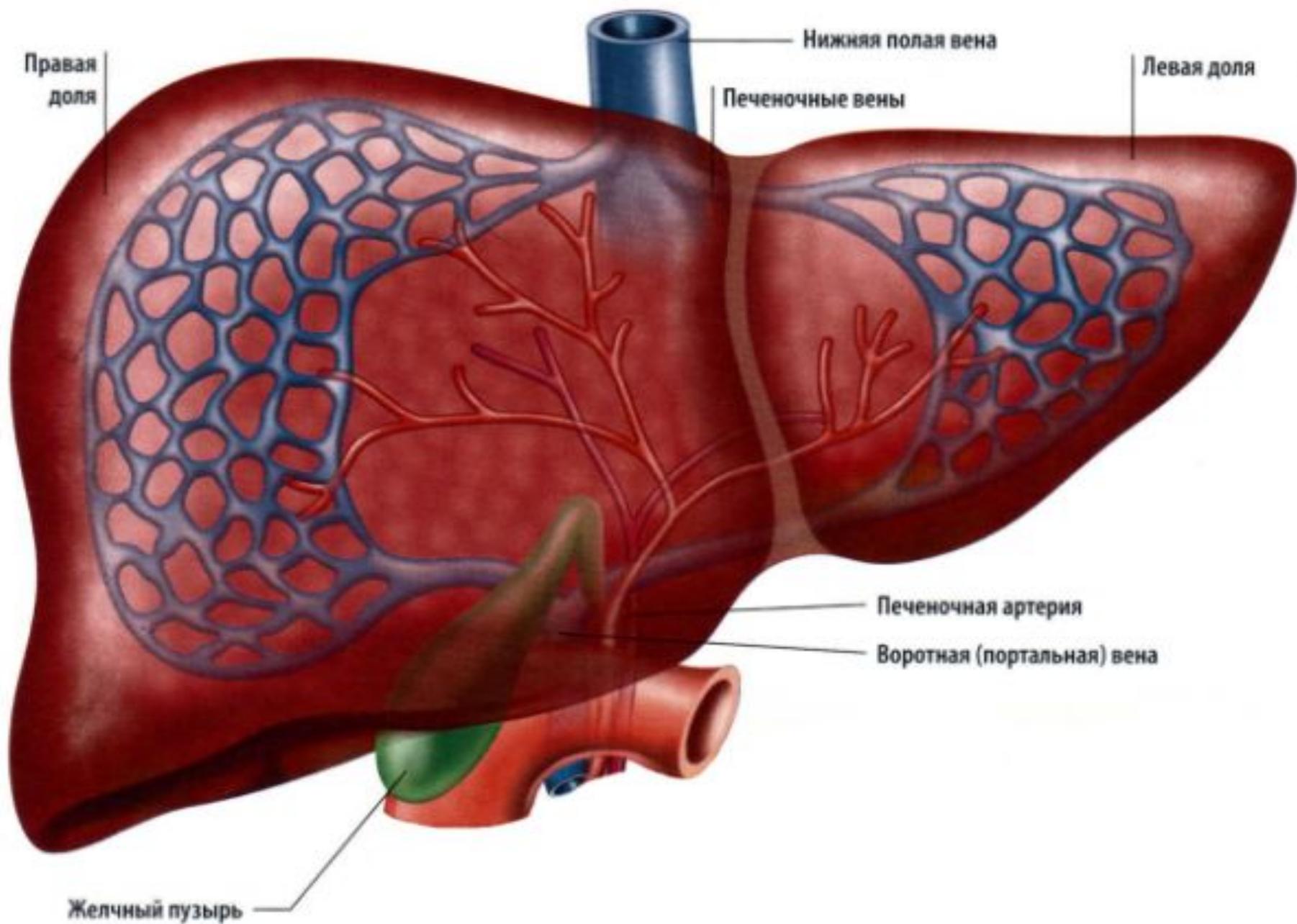
Уход за больным в период обострения

- Проблемы пациента: боли в животе, диспепсические явления, необходимость соблюдения диеты
- Действия м\с: беседы о диете, режиме питания, запрещения приема алкоголя, контроль за приемом медикаментов, подготовка к исследованиям, помощь при рвоте, уход за тяжелобольными.



Патология печени и ЖВП

- Печень-самая крупная железа организма(1,5 кг)
- Функция:1) барьерная.дезинтоксикационная (по воротной вене в печень поступает кровь из толстой к-ки, желудка, тонкой кишки, поджелудочной железы, селезенки) 2) синтез желчи(желчные кислоты эмульгируют жиры), 3) синтез факторов свертывания крови. 4) Депо гликогена .
- Билирубин –образуется из гемоглобина(непрямой, свободный),в клетках печени связывается с глюкуроновой кислотой- савязанный, прямой, поступает в 12п. к-ку , под вл. Кишечных ферментов переходит в стеркобилин(окрашивает кал)и уробилиноген(в виде уробилина попадает в мочу) .





Сбор информации.

- Боли в правом подреберье
- Желтуха (механическая- ЖКБ, нарушение оттока желчи , паренхиматозная- воспаление печени – билирубин поступает в кровь,затем в мочу , гемолитическая- разрушение эритроцитов).
- Кожный зуд
- Асцит
- Симптомы общей интоксикации.



а



б



Хронические гепатиты

- Группа хронических заболеваний, хар. Воспалением ткани печени более 6-ти мес.
- Этиология: вирусные ХГ. Аутоимунные, токсические, лекарственные .
- Клиническая картина: тяжесть в право подреберье, желтуха, увеличение печени, тошнота, слабость .
- Лечение: отказ от алкоголя, инфузионная терапия, гепатопротекторы. (карсил, эссенциале, фосфоглиф, гептрал) .
- Д-ка: ОАК, ОАМ, БАК, УЗИ ОБП, ФГДС.
- Диета : ограничение жиров, богатая белками, витаминами , углеводами(молочно-растительная пища) , ограничение соли.

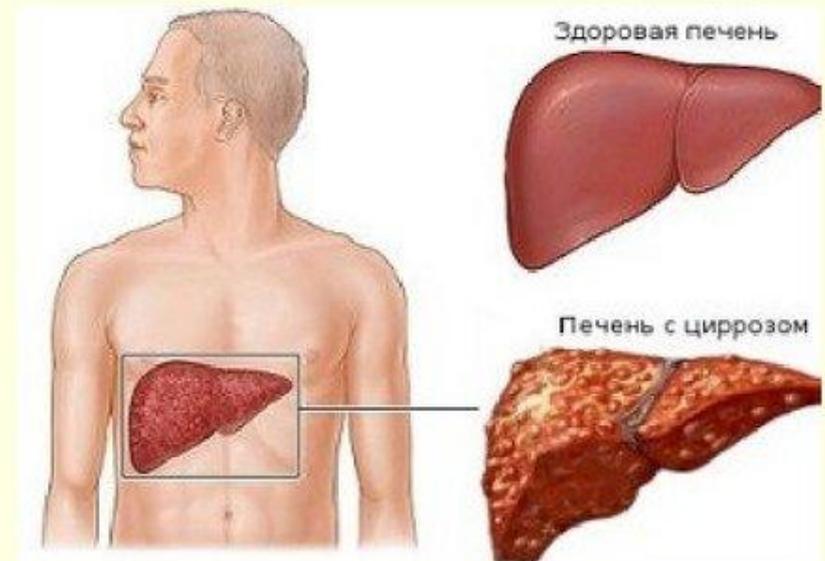


Цирроз печени

- Хроническое прогрессирующее заболевание .характеризующееся постепенной гибелью гепатоцитов , дистрофией, некрозом печеночной ткани, разрастанием соединительной ткани, перестройкой архитектоники печени с образованием регенераторных узлов с развитием печеночной недостаточности, портальной гипертензии.

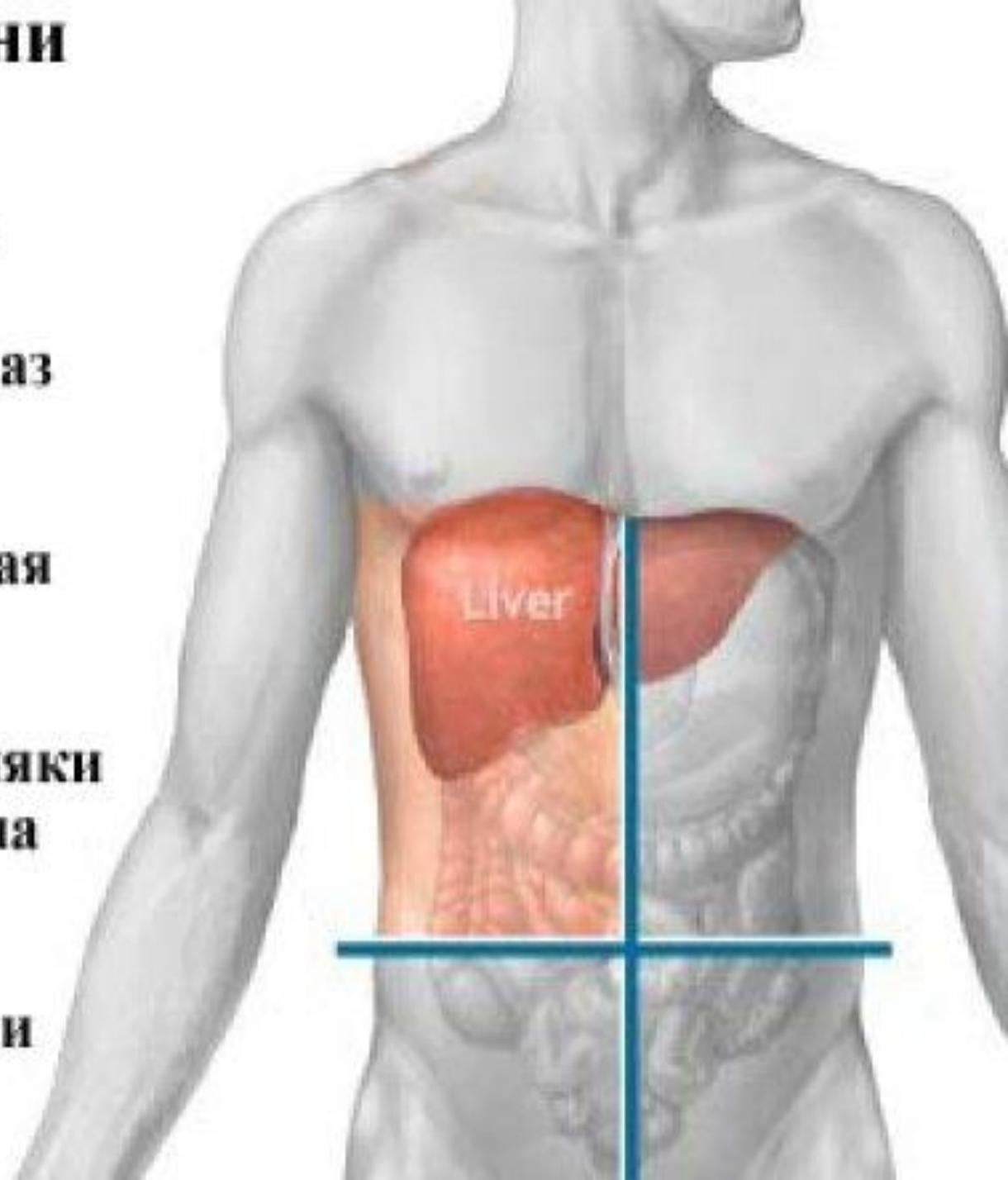
Цирроз печени

- Цирроз печени — это диффузное (обширное) заболевание печени, при котором происходит гибель ткани печени и постепенная замена ее на грубую фиброзную (рубцовую) ткань (процесс фиброза). При этом происходит образование крупных или мелких узлов из рубцовой ткани, которые изменяют структуру печени. Вследствие того, что количество здоровой печеночной ткани при циррозе значительно сокращается, печень перестает справляться со своими функциями.



цирроза печени

- похудание
- увеличение живота
- тошнота и рвота
- желтизна кожи и глаз
- усталость
- слабость
- снижение или полная потеря аппетита
- кожный зуд
- кровоподтеки и синяки
- обесцвечивание кала
- потемнение мочи
- тупая или ноющая боль в области печени





Цтрроз печени

- Печеночная недостаточность: энцефалопатия, кровоточивость, кожные стигмы (малиновый язык, гинекомастия, гиперемия ладоней, выпадение волос «сосудистые звездочки», нарушение питания (кахексия)
- Асцит, желтуха.
- Портальная гипертензия: спленомегалия, кровотечение из расширенных вен пищевода
- Склонность к инфекциям



Цирроз печени

- При пальпации- бугристый край печени
- ОАК-анемия, БАК: повышение аЛТ,АСТ, ЩФ, билирубина,
- ФГДС- варикозно-расширенные вены пищевода.
- УЗИ ОБП.

Портальная гипертензия

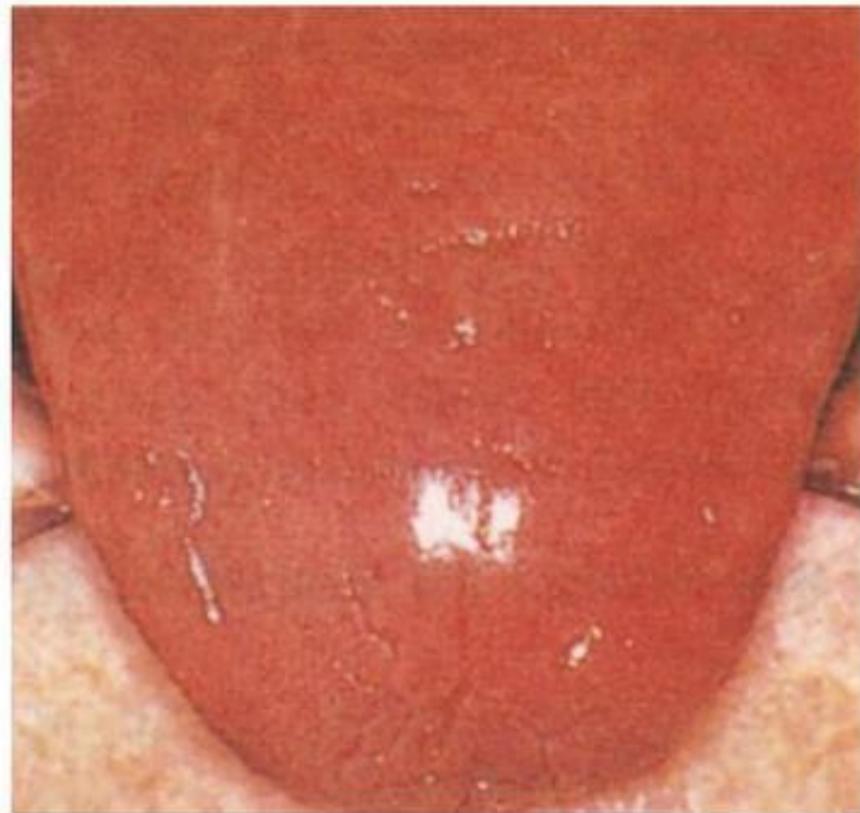
Портальная гипертензия - повышение давления в бассейне воротной вены, вызванное нарушением кровотока - в портальных сосудах, печеночных венах и нижней полой вене. *Клиническими симптомами* являются развитие коллатерального кровообращения, кровотечение из варикозно расширенных коллатералей, асцит, спленомегалия.

Синдром нормальной гипертензии возникает при циррозах печени, окклюзии печеночных вен и воротной вены. Внутрипеченочная форма портальной гипертензии может развиваться, кроме циррозов, при врожденных аномалиях портального русла в печени, миелопролиферативных заболеваниях, опухолях.



Язык

- Обложен белым или серым налетом (гастрит, рак)
- Красный (при повышенной кислотности)
- Малиновый, лакированный (цирроз печени)





лечение

- Диета с исключением жиров, богатая белками. Углеводами.
- Ограничение соли, жидкости
- Гепатопротекторы.



Уход за больным

- Проблемы: боли, зуд, тошнота, снижение аппетита, слабость
- Беседы.
- Контроль диуреза, взвешивание, контроль за приемом медикаментов, подготовка к исследованиям. Уход за тяжелобольными.
- Оказание доврачебной помощи при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.



ОТВЕТИТЬ НА ВОПРОСЫ

- 1) Перечислите потенциальные проблемы пациента с язвенной болезнью
- 2) Перечислите симптомы цирроза печени
- 3) Перечислите жалобы пациента с язвенной болезнью
- 4) Опишите проблемы пациента с циррозом печени и составьте план ухода за больным с декомпенсированным циррозом печени.
- 5) Составьте беседу с пациентом хроническим гастритом.



задача

- Пациент лечится в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом язвенная болезнь желудка. Обратился к медсестре с жалобами на слабость, сердцебиение, одышку, черный стул .
- Ваши действия.



Задача

- Пациент поступил в гастро-энтерологическое отделение с жалобами на увеличение живота, желтуху, тошноту, рвоту, отеки ног.
- Обоснуйте предварительный диагноз.
- Составьте план обследований.
- Подготовьте больного к обследованиям
- Составьте план лечения и ухода.