***Хронический гастрит -*** хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание желудка, сопровождающееся структурной перестройкой слизистой оболочки и нарушением его секреторной и моторной функции.

Гастриты относятся к числу заболеваний, возникновение которых провоцируется действием целого ряда этиологических факторов.

Причины, вызывающие воспаление желудка, можно объединить в две большие группы.

**Этиология**:

1) Экзогенные, или ирритативные (нарушение питания, курение и алкоголь, профессиональные вредности, длительный прием некоторых лекарственных средств;

2) Эндогенные - хронические инфекции, заболевания эндокринной системы, нарушение обмена веществ (ожирение, дефицит железа, подагра), заболевания, приводящие к тканевой гипоксии (сердечная и легочная недостаточность), аутоинтоксикация (уремия).

**Патогенез.** Воздействия экзогенные и эндогенные (порознь или в сочетании) приводят к ряду функциональных и морфологических изменений желудка, что проявляется секреторными и моторными нарушениями, находящими свое отражение в клинической картине болезни. Первоначально возникают функциональные расстройства секреции и моторики желудка. В дальнейшем к функциональным изменениям присоединяются органические, так, в частности, избыток ионов водорода при гиперсекреции соляной кислоты угнетает активность сульфатазы (фермент, ответственный за поддержание нормальных соотношений компонентов желудочного сока), результатом чего является нарушение желудочной секреции и повреждение эпителиальных структур слизистой оболочки желудка последующим нарушением регенерации.

Нарушение регенерации железистого эпителия является ведущим звеном в развитии всех форм **ХГ**. В результате повреждающего действия экзогенных и ряда эндогенных факторов нарушается камбиальный слой эпителиальных клеток, что изменяет процессы репаративной регенерации. Происходит и перестройка железистого аппарата, в слизистой оболочке появляются островки желез, аналогичных по своему строению кишечным железам. Все вместе приводит к снижению соляной кислоты. Кроме структурных изменений, в слизистой оболочке появляется клеточная инфильтрация (неспецифическое воспаление).

Следствием нарушения секреторной и всасывающей функций желудка и дисбактериоза, являются полигиповитаминоз и авитаминоз. Возникновению последнего способствуют также длительная щадящая диета и применение ряда медикаментозных препаратов, в частности сульфаниламидов, разрушающих витамины. Ахилия приводит к нарушению процесса всасывания поступившего с пищей железа, что обусловливает развитие анемии. Независимо от формы хронического гастрита клиническая картина всех его разновидностей имеет общие черты и характеризуется наличием определенных субъективных и объективных симптомов.

***Хронический гастрит с нормальной или повышенной секреторной функцией желудка. Клиническая картина.***

Хронический гастрит с сохраненной и повышенной секрецией наблюдается обычно у лиц молодого и среднего возраста. Проявляется в двух формах:

А) диспепсический, Б) болевой (антральный гастрит).

***На 1 этапе диагностического поиска*** вне обострения больные могут не предъявлять жалоб. При обострении преобладают болевой и диспепсический синдромы. Боли, как правило, четко связаны с приемом пищи: а) чаще они возникают непосредственно или спустя 20 - 30 мин. после еды; б) реже встречаются,, голодные’’, или поздние, боли; в) ранние и поздние боли могут сочетаться. Обычно боли умеренные, иногда они сводятся лишь к чувству давления и тяжести в подложечной области.

При сочетании с выраженной кишечной дискинезией, часто развивающейся при этой форме ХГ, боли могут приобретать разлитой характер, распространяясь на весь живот. Характерные симптомы диспепсической формы: изжога, кислая отрыжка, срыгивание кислым, чувство тяжести, жжения и распирания в эпигастральной области, запоры. Аппетит сохранен или повышен. При этой форме заболевания боли возникают после еды и снимаются приемом двууглекислого натрия. Диспепсические явления часто появляются после приема жирной, углеводистой пищи, а также алкогольных напитков. Иногда изжога настолько мучительна, что становится главной жалобой больных.

Выражен неврастенический синдром: повышенная раздражительность, изменчивость настроения, плохой сон, быстрая утомляемость.

Болевая форма заболевания (антральный гастрит) характеризуется выраженным болевым синдромом, чередующимся с диспепсическими явлениями. Болевой синдром уменьшается после приема пищи. Боли не имеют выраженной иррадиации. Болевой синдром обусловлен спазмом привратника, усиленной перистальтикой желудка и повышением его секреторной активности. Иногда в происхождении болей играют роль перигастрит и перидуоденит. В этом случае болевой синдром усиливается при тряской езде и при ходьбе. Сезонность болей выражена не столь ярко, как при язвенной болезни. В анамнезе больных удается установить нарушение ритма и качества питания, злоупотребление алкоголем и другие экзогенные причины. Погрешности в диете (употребление тяжелой, непривычной острой или соленой пищи, особенно в избыточном количестве и в сочетании с алкогольными напитками) часто служат причиной обострения заболевания.

Иногда при антральном гастрите образуются эрозии на слизистой оболочке желудка с развитием эрозивного гастрита. Как при диспепсической, так и при болевой формах ХГ с нормальной или повышенной секрецией наблюдается спастический дискинетический запор; часто в воспалительный процесс вовлекаются печень, желчные пути; развиваются гиповитаминозы, нарушение вегетативной нервной системы, неврастенический синдром. Характерным осложнением этих форм гастрита является развитие рубцовых изменений в пилорическом отделе желудка или луковице двенадцатиперстной кишки. Часто возникает спазм привратника. Могут наблюдаться гипогликемические состояния, проявляющиеся резкой слабостью больного, дрожанием рук, побледнением лица, чувством голода и холодным липким потом.

***На 2 этапе диагностического поиска*** физикальное исследование дает мало опорных данных для диагностики. Пальпация эпигастральной области выявляет умеренную разлитую болезненность, вне обострения живот безболезнен.

При обострении иногда отмечается болезненность по ходу толстой кишки и в проекции желчного пузыря, обусловленная выраженной дискенезией. Выражены симптомы усиления функции парасимпатического отдела вегетативной нервной системы: красный дермографизм, холодные влажные кисти и стопы, гипергидроз, акроцианоз, гипотония.

***На 3 этапе диагностического поиска*** исследуют *желудочную секрецию.*

При этом выявляется повышение тощаковой и базальной секреции, общей кислотности: в стимулированную фазу ее показатели равны 80 - 100 титрационным единицам и более, базальной кислотной продукции - 1,5 - 5,5 Ммоль и выше, уровня пепсина - 2,1 - 4,5 г/л и выше. Анализ ацидограммы показывает следующие изменения: при нормацидном состоянии pH базальной фазы 1,6 - 2,0; стимулированной-1,2-2,0; при гиперацидном состоянии - соответственно 1,5 и 1,2.

При ***рентгенологическом исследовании*** пищеварительного тракта в желудке обнаруживают грубые ригидные складки, спазм привратника. Спастические явления прослеживаются и при прохождении бария по толстой кишке.

***Фиброгастродуоденоскопия,*** проведенная в стадии обострения процесса, выявляет отек слизистой оболочки, очаги гиперемии, плотную фиксацию слизи на складках слизистой оболочки желудка при поверхностном гастрите. При гипертрофическом гастрите отмечаются бархатистость или зернистость слизистой оболочки, утолщение складок, выраженная гиперемия.

***Патологическая анатомия хронических гастритов.*** Патологоморфологические изменения в стенке желудка, наблюдаемые при хронических гастритах, складываются из изменений его железистого аппарата (дистрофические процессы, перестройка структуры желез), слизистой оболочки (гипертрофические, атрофические и гиперпластические процессы) и межуточной ткани (воспалительная инфильтрация). При хроническом поверхностном гастрите наблюдаются изменения в главных и обкладочных клетках эпителия желез. Для хронического атрофического гастрита характерно утончение слизистой оболочки желудка; уменьшение числа желудочных желез и их перестройка; разрастание соединительной ткани между железами; расширение и углубление желудочных ямок.

При атрофически-гипертрофическом гастрите истончение слизистой оболочки сочетается с гиперплазией поверхностного эпителия. При гиперпластическом гастрите наблюдается утолщение слизистой оболочки желудка, которая приобретает шагреневый вид; уменьшение числа и уширение складок, гипертрофия железистого аппарата и пролиферация соединительной ткани. В ряде случаев на слизистой оболочке видны полипозные разрастания. Патологическая анатомия полипоза желудка характеризуется наличием одиночных или множественных полипов.

***Диагностика.*** Для постановки диагноза хронического гастрита принимают во внимание:

1) клиническую симптоматику (преимущественно субъективеые данные): преобладание диспепсических синдромов при обострении, сочетающихся с неинтенсивными болями в эпигастральной области; длительное течение; связь обострений с нарушением диеты;

2) изменение секреторной функции желудка;

3) изменение слизистой оболочки желудка (по данным рентгеноскопии, гастрофиброскопии, гастробиоскопии).

***Течение и прогноз хронических гастритов с повышенной секрецией*** относительно благоприятное. В результате сохранения секреторной активности железистого аппарата желудка общее состояние больных чаще всего страдает незначительно. Правильное лечение обострений быстро вызывает ремиссию. Однако в некоторых случаях течение этой формы гастрита менее благоприятно, так как процесс может привести к развитию язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

***Лечение:*** в период обострения больному назначаются постельный режим и лечебное питание. Больному следует обеспечить физический и психический покой.

Диетотерапия - стол № 1 (исключение продуктов оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка и стимулирующих секрецию желудочного сока). Питание частое, дробное. Даже после стихания процесса обострения и наступления стойкой ремиссии из пищевого рациона больного на длительный срок следует исключить химические возбудители желудочной секреции: эфирные масла, органические кислоты, экстрактивные вещества мяса и рыбы. Следует избегать приема алкогольных напитков, потребления жирной пищи, окрошки, жирных супов, свинины, солянки, баранины, гуся, жирных и копченых колбасных и рыбных изделий, консервов, маринадов, грибов, изделий из слоеного и песочного теста. В рацион целесообразно включать свежеприготовленный картофельный и капустный соки.

Коррекция нарушений желудочной секреции - назначение антацидных, адсорбирующих и обволакивающих препаратов. Наиболее предпочтительны невсасывающиеся антациды (альмагель, фосфалюгель), которые лишены многих побочных эффектов всасывающихся антацидных средств (гидрокарбонат натрия, карбонат кальция). Антациды принимают через 1 - 1.5 часа после еды или за 30 - 60 мин до еды, а также на ночь (маалокс, квамател, алюмаг, ренни).

Коррекция нарушений моторной функции желудка достигается назначением холинолитиков периферического действия - атропина сульфата, платифиллина или метацина, а также гастроципина, избирательно блокируещего м-холинорецепторы и не оказывающего в отличие от атропина выраженного побочного действия. Препараты балладонны: экстракт белладонны густой, настойка красавки, бекарбон, белластезин.

Так как в развитии хронических гастритов важную роль играет патология нервной системы больного, следует включать препараты, способствующие нормализации нарушенной нервной регуляции: бромиды, кофеин, белласпон. Назначаются препараты, оказывающие седативный и снотворный эффект: валериана, успокоительный чай. Следует назначать препараты, нормализующие метаболические процессы: витамины, белковые гидролизаты, гормональные препараты, метилурацил.

Хороший эффект в терапии гиперацидных гастритов оказывает лечение травами, широко применяемые в медицине (золототысячник, зверобой, плоды рябины и шиповника). Больным рекомендуется смирновская, славянская, московская минеральные воды, боржоми, джермук, истису, саирме. Рекомендуются тепловые процедуры: аппликации озокерита, парафина на область эпигастрия, индуктотермия, назначают хвойные, радоновые ванны. Больным с хроническим гастритом в стадии ремиссии можно проводить санатороное лечение.

***Профилактика.*** Заключается в рациональном питании и соблюдении режима питания, а также в борьбе с употреблением алкогольных напитков и курением. Необходимо следить за состоянием полости рта, носоглотки своевременно лечить другие заболевания органов брюшной полости, устранять профессиональные вредности и глистно-протозойные инвазии.

**Сестринский процесс.**

*Сестринский процесс - это организационная структура, необходимая для наблюдения, ухода, выполнения назначений врача терапевтическим больным. Это метод организации и оказания сестринской помощи, которая обычно включает пациента и медсестру в качестве взаимодействующих лиц. Пациент в данной ситуации должен рассматриваться не как отдельный случай заболевания, а как личность.*

В отделение гастроэнтерологии по поводу обострения хронического гастрита госпитализирован Игорь Иванович Мягков, 36 лет, одинокий, по профессии программист. Пациент болеет гастритом в течении 4 лет. Обострения случаются после употребления алкогольных напитков, жирной, острой пищи и физической работы на даче. Дважды лечился в стационаре, но самостоятельно прекращал лечение, как только проходили боли и изжога, так как "не видел смысла" в его продолжении.

В течении последнего месяца Игоря Ивановича беспокоят боли в желудке после приема пищи через 30 минут и перед сном. Боли сопровождаются изжогой, кислой отрыжкой, которую он снимает раствором соды.

Пациент выкуривает около пачки в день. Пытался бросить курить несколько раз, но безуспешно. Питается " как все", часто совмещает прием пищи с чтением газет или просмотром телевизионных передач. Два -три раза в неделю выпивает с друзьями несколько рюмок вина, любит баночное пиво.

Работа у Игоря Ивановича интересная и денежная. Работает подолгу, иногда до головной боли, которую быстро снимает аспирином, иногда анальгином.

Предпочитает отдыхать летом с друзьями на байдарках.

***При осмотре:*** состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное, цвет кожных покровов - нормальный, тургор кожи сохранен, кожа влажная.

Масса тела пациента 82 кг, рост 174 см, АД - 140/90 рт. ст. ЧДД - 20 в мин. р - 92 уд/мин, ритмичный. На зубах налет от сигарет, видны зубные камни. Изо рта - неприятный запах (" несвежее дыхание"). Язык обложен белым налетом. Температура - 36,7 С.

При пальпации живота отмечается болезненность в области эпигастрия. В течении двух дней у пациента отсутствует стул.

Анализ крови: Hb - 135 г/л; эр - 4,2 \* 10 г/л; цветн. пок. - 1, лейкоциты - 7,4 \* 10 г/л, СОЭ - 15 мм/ч.

Общий анализ мочи: Уд. вес - 1020, цвет - св. желтый, эр. нет, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, белок отрицательный.

Врачебный диагноз: Гиперацидный хронический гастрит.

Пациенту назначено: ФГС, рентгенологическое исследование желудка, желудочное зондирование, элекрогастрография.

***Задание: провести сестринскую оценку, определить проблемы пациента, сформулировать цели и сестринские вмешательства.***

*Существующие или приоритетные проблемы -* это проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент.

В данном случае приоритетные проблемы у Игоря Ивановича:

1) Боль.

2) Изжога.

3). Кислая отрыжка.

4) Запор.

Игорь Иванович испытывает ***боль***. *Цель медсестры* - улучшить состояние пациента и, следовательно, уменьшить болевые ощущения. *Планирование сестринских вмешательств:* медсестра должна рассказать пациенту, насколько важно соблюдать схему лекарственной терапии, сроки приема препаратов и по отношению друг к другу, и по отношению к приему пищи. Так, например, циметидин, который, ускоряет заживление и уменьшает секрецию, следует принимать во время еды, так как он замедляет стимуляцию соляной кислоты пищей. А антациды следует принимать через 1 - 2 после еды, так как при одновременном применении они препятствуют всасыванию циметидина. Альмагель и Альмагель А (по 1 - 2 чайные ложки за 30 минут до еды 4 раза в день - утром, днем, вечером и перед сном. Викалин (по 1 - 2 таблетки 3 раза в день после еды, предварительно измельчив и запивая половиной стакана теплой воды.

***Изжога*** - это вторая проблема Игоря Ивановича. *Цель медсестры -* обучить пациента необходимым правилам поведения при гастрите с повышенной секрецией, а также последовательно и аргументированно убеждать в необходимости их соблюдения. *Планирование:* в результате такого обучения пациент должен знать дозы, время приема, принцип действия и побочные эффекты лекарственных средств; принимать лекарственные средства в течении всего периода лечения (даже когда субъективные симптомы заболевания уменьшаются или исчезают); принимать антациды в строго назначенное время.

Пациенту следует избегать самолечения, в частности употребления соды, а также соблюдать правила приема лекарственных средств, обладающих агрессивными свойствами по отношению к слизистой желудка и 12 - перстной кишки (например, нестероидных противовоспалительных средств, стероидных гормонов).

Для снятия боли, не связанной с гастритом, пациенту следует принимать парацетамол или другие обезболивающие средства, которые обладают меньшей агрессивностью по отношению к слизистой.

Курение должно быть прекращено или сведено до возможного минимума.

Ежедневный рацион пациента должен быть сбалансированным, следует принимать небольшое количество пищи между основными приемами. Диетотерапия - стол №1 (исключение продуктов, оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку желудка и стимулирующее секрецию желудочного сока). Питание частое, дробное. Больному следует отказаться или свести до минимума употребления алкоголя (нельзя употреблять алкоголь в больших количествах или натощак), необходимо избегать стрессовых ситуаций во время еды, планировать "спокойное время" после еды, принимать пищу медленно и тщательно ее пережевывать. Лечебным питанием Игорь Иванович решит еще одну существующую проблему - ***запор.***

Диета №1а включает слизистые супы из круп (овсяной, рисовой, перловой, манной) с добавлением сливочного масла, сливок, яично - молочной смеси, мясные и рыбные паровые суфле, пюре из нежирных сортов мяса (обязательно предварительное удаление сухожилий, фасций, кожи)

Среди методов осуществления мероприятий по уходу за пациентом большую роль играют беседа с пациентом и совет, который может дать медсестра в определенной ситуации. *Совет* - это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая помощь, которая помогает пострадавшему подготовиться к настоящим или предстоящим изменениям, возникающим из-за стресса, который всегда присутствует при обострении заболевания. Сестринский уход нужен для того, чтобы помогать пациенту решать проблемы со здоровьем, предотвращать появление потенциальных проблем и поддерживать его здоровье.

***Потенциальные проблемы - те, которые еще не существуют, но могут появиться с течением времени.***

У Игоря Ивановича существует такая проблема. Это ***дефицит знаний***об осложнении гастрита, развитии язвенной болезни и о влиянии вредных факторов на его здоровье. В результате сестринских вмешательств он должен не только узнать факторы заболевания, но и иметь планы отказа от курения, алкоголя и исключения приема таких лекарственных средств, как анальгин и аспирин. Пациенту следует знать, как уменьшить вредное воздействие аспирина на слизистую оболочку желудка, если приема этого препарата нельзя избежать. Нельзя принимать аспирин после еды, так как под действием пищеварительного сока молекула ацетилсалициловой кислоты распадается и терапевтический эффект качественно снижается. Чтобы его сохранить и одновременно исключить фактор агрессии, следует рекомендовать пациенту даже при разовых приемах аспирина употреблять его натощак в растворимом виде или запивать большим количеством воды (2/3 стакана), а если курс приема длительный, то нейтральным киселем (то есть крахмалом на воде).

Пациенту при приеме любых лекарственных средств следует внимательно изучать аннотацию.

Медсестра должна обсудить с Игорем Ивановичем прежние попытки бросить курить и продумать другие пути избавления от этой привычки (посещение специальных групп при наркоцентре), а также убедить Игоря Ивановича в необходимости уменьшить частоту приема алкоголя.

Следует также посоветовать ему обратиться к окулисту. Ведь головная боль может быть вызвана ухудшением зрения, глаукомой.

Еще одна потенциальная проблема у Игоря Ивановича - ***страх и беспокойство*** гастродуоденоскопии. *Краткосрочная* *цель медсестры:* оказать психологическую поддержку и подготовить пациента к процедуре. *Долгосрочные цели* направлены на предотвращение рецидивов заболевания, осложнений, их профилактику, приобретение знаний о здоровье.

*Выполнение намеченных целей.* Зависимое сестринское вмешательство выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением. Основная задача при подготовке больного к данному исследованию - очистить желудок и 12-перстную кишку от содержимого. Для этого накануне больной должен поужинать не позднее 20ч, а утром перед исследованием ему запрещается принимать пищу, пить воду и курить. При непроходимости антрального отдела желудка перед исследованием он должен быть промыт с помощью толстого зонда до чистой воды. Медсестра должна объяснить пациенту необходимость обследования, успокоить его. На ночь Игорю Ивановичу с целью снотворного эффекта назначить фенобарбитал 0,03 внутрь.

*Оценка сестринского процесса.* Игорь Иванович подготовлен к обследованию и к лечению. Он имеет достаточно знаний о своем заболевании, и о его возможных осложнениях. Пациент призадумался о своих вредных привычках. В ходе лечебного процесса стихла боль в желудке и уменьшилась изжога. Появился стул. Игорю Ивановичу показано санаторно - курортное лечение, от которого он не отказался и соблюдение диеты.

*Заключение: сестринский процесс позволяет значительно повысить качество ухода за пациентами, обеспечить активное сотрудничество медсестры и пациента, максимально восстановить нарушенные основные потребности.*

## Список литературы

1. В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко Внутренние болезни: Учебник. - М. Медицина, 1994. - с 221.

2. Журнал Сестринское дело №2 2000 И. И Тарновская, ст. Сестринское дело в терапии с.33.

3. Н.И. Белякова Гастриты/ Под ред.Ю. Ю. Елисеева. - М.: КРОН - ПРЕСС, 2000.

4. Пакет учебных материалов по сестринскому делу "Сестринский процесс". ВОЗ. Дания. Копенгаген - 1996.