

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

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kursovaya-rabota/320156>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Сестринское дело

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 5

1.1. Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника 5

1.2. Классификация, клиническая картина 7

1.3. Лечебно-диагностическая тактика 11

ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА 14

2.1. Сестринский уход при синдроме раздраженного кишечника 14

2.2. Анализ клинического случая 17

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 29

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 33

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность изучаемой темы обусловлена достаточно широким распространением функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта. Так, синдром раздраженного кишечника (СРК) в развитых странах достигает 20% среди трудоспособного населения.

Синдром раздраженного кишечника – функциональное расстройство кишечника, симптомокомплекс, характеризующийся длительным (до полугода) и регулярным (более трех дней в месяц) появлением болей в животе и нарушений стула (запоры или диарея). СРК – функциональное заболевание, связанное с нарушением перистальтики кишечника и переваривания пищи. Это подтверждается нерегулярностью жалоб, волнообразным течением без прогрессирования симптомов. Рецидивы заболевания часто провоцируются стрессовыми ситуациями.

Основные проявления (боль в животе, нарушения стула) СРК возникают при многих заболеваниях, имеющих разные механизмы возникновения, что требует проведения дифференциальной диагностики.

Подавляющее большинство (55%) пациентов обращаются сначала к участковым врачам, что составляет 12% от общего числа. К гастроэнтерологу сразу обращаются 25% пациентов, что составляет 28% контингента пациентов, наблюдаемых у такого специалиста. Подсчитано, что 50% рабочего времени гастроэнтеролога уходит на лечение пациентов с СРК. Около 15% пациентов первоначально обращаются к психиатру по поводу той или иной психопатологии, сопровождающей течение СРК. 5% пациентов обращаются к врачам других специальностей: чаще всего к гинекологам, хирургам, эндокринологам.

СРК является одним из наиболее социально значимых заболеваний, что обусловлено его высокой заболеваемостью у лиц трудоспособного возраста и выраженным снижением качества жизни больных, несмотря на проводимое лечение. Поэтому повышение качества жизни пациентов с СРК является

актуальной проблемой.

Цель: Изучить особенности деятельности медицинской сестры в улучшении качества жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника.

Задачи:

1. Рассмотреть этиологию и патогенез синдрома раздраженного кишечника;
2. Изучить клиническую картину и лечебно-диагностическую тактику при синдроме раздраженного кишечника;
3. Рассмотреть сестринский уход при синдроме раздраженного кишечника;
4. Проанализировать клинический случай.

Объект: Качество жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника.

Предмет: Роль медсестры в повышении качества жизни пациентов с синдромом раздраженного кишечника.

Методы исследования:

1. Анализ научной литературы;
2. Наблюдение.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ

1.1. Этиология и патогенез синдрома раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника представляет собой комплекс функциональных (т.е. не связанных с органическим поражением) расстройств толстой кишки (длительностью более 3 мес), при которых дискомфорт или боли в животе связаны с дефекацией или изменением обычной функции кишечника и мутным стулом. Распространенность СРК в большинстве стран мира составляет в среднем 20%, варьируя от 9 до 48%. Разброс показателей объясняется тем, что две трети людей с симптомами СРК не обращаются к врачу, и лишь треть пациентов обращаются к врачу. Социально-культурный уровень населения во многом определяет показатель обращаемости. [5]

Согласно современным представлениям, СРК представляет собой биопсихосоциальное расстройство, в основе развития которого лежит взаимодействие 3-х патологических механизмов:

- психосоциальные воздействия, обусловленные нервно-психическими факторами и психоэмоциональными стрессовыми ситуациями, нарушением привычного режима питания, недостаточным содержанием в рационе балластных веществ, растительных волокон (способствует развитию варианта СРК, проявляющегося запорами), малоподвижный образ жизни, отсутствие надлежащего санитарно-гигиенического состояния туалета (способствует подавлению позывов к дефекации и развитию запоров);
- сенсорно-моторные дисфункции, т.е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности кишечника, которые являются последствиями гинекологических заболеваний (вызывают рефлекторные нарушения моторной функции толстой кишки), эндокринных нарушений: климакса, дисменореи, предменструального синдрома, ожирения, гипотиреоза, сахарного диабета;
- стойкое нейроиммунное поражение, развивающееся после инфекционных заболеваний кишечника и считающееся возможной причиной формирования сенсомоторной дисфункции. В патогенезе СРК основную роль играет «нарушение деятельности центральной и вегетативной нервной системы в виде изменения нейрогуморальной регуляции функционального состояния кишечника, в том числе его реакции на стресс». [10]

Этиологические, преимущественно психоэмоциональные факторы, стрессовые ситуации вызывают изменение порога чувствительности висцеральных рецепторов, определяющих восприятие боли, моторно-эвакуаторной дисфункции кишечника.

Большую роль в развитии СРК играют дисфункция желудочно-кишечной эндокринной системы и дисбаланс

продукции гормонов, влияющих на двигательную активность толстой кишки (холецистокинин, соматостатин, вазоактивный интестинальный полипептид, нейротензин и др.).

В частности, у больных СРК отмечено снижение содержания в плазме мотилина, стимулирующего моторно-эвакуаторную функцию кишечника. В последнее время большое внимание уделяется не столько изменению концентрации кишечных гормонов в крови, сколько повышению чувствительности рецепторов кишечника к гормональным воздействиям. [10]

Также, существует версия, что боль может вызвать повреждение энтеральной нервной системы при изменении кишечной бактериальной микрофлоры или после перенесенной кишечной инфекции. Также установлена роль в развитии СРК эндогенных опиоидных пептидов - энкефалинов, оказывающих существенное влияние на перистальтику кишечника и секрецию через опиоидные рецепторы, а также болевые ощущения. Эндогенные опиоидные пептиды улучшают сокращение толстого кишечника.

1.2. Классификация, клиническая картина

Классификация СРК в зависимости от характера изменения стула представлена в таблице 1.

Таблица 1

Классификация СРК в зависимости от характера изменения стула

Вид СРК Характеристика

СРК с запором Более 25% стула имеют 1-2 балла по Бристольской шкале (шкала представлена в приложении 1); менее 25% - 6-7 баллов по Бристольской шкале. Альтернативный диагноз данного варианта заболевания: пациент сообщает, что в основном страдает запорами (1-2 тип по Бристольской шкале).

СРК с диареей Более 25% стула имеют форму 6-7 баллов по Бристольской шкале, менее 25% - 1-2 балла по Бристольской шкале. Альтернативный диагноз этого варианта заболевания: пациент сообщает, что у него преимущественно диарея (тип 6-7 по Бристольской шкале).

Смешанный вариант СРК Более 25% стула имеют форму стула 1-2 по Бристольской шкале, также, более 25% - 6-7 по Бристольской шкале. Другой диагноз этого варианта заболевания: пациент сообщает о том, что страдает как запорами (более ¼ всех испражнений), так и диареей (более ¼ всех испражнений).

Соответственно тип 1-2 и 6-7 по Бристольской шкале.

Неклассифицированный вариант СРК Жалобы пациента соответствуют диагностическим критериям СРК, но недостаточны для диагностики первых трех вариантов заболевания.

Клиническая картина

Основные клинические проявления синдрома раздраженного кишечника: боль, нарушения стула (запоры, диарея, их чередование) и вздутие живота.

Нарушение стула. Нерегулярные движения кишечника при СРК включают диарею, запор или их чередование. В эти периоды в стуле часто присутствует слизь, что связано с перестройкой слизистой дистального отдела толстой кишки с преобладанием бокаловидных клеток над обычными энтероцитами. Необходим тщательный сбор анамнеза, чтобы определить, что пациенты подразумевают под запором, а что под диареей [3].

Диарея. Пациенты часто могут жаловаться на относительно нормальную, но частую водянистую дефекацию по утрам без каких-либо других нарушений в течение остального дня. Пациенты, жалующиеся на диарею, могут иметь в виду частые посещения туалета с выделением небольшого количества слизи, нормальный стул или даже полное отсутствие стула. Наиболее выраженные нарушения стула возникают в утренние часы, или после еды, в остальное время состояние пациента остается удовлетворительным [11].

Запор. Пациенты предъявляют жалобы на запоры, даже если на самом деле выделяется небольшое количество твердого кала (овечий или ленточный) при сохранении частоты дефекации. Позывы к натуживанию и чувство неполного опорожнения кишечника пациенты также могут назвать запорами.

Чередование симптомов. Часто у одного и того же пациента наблюдается чередование симптомов.

Изменения дефекации могут быть связаны с изменением привычной жизненной ситуации или образа жизни. Умение выявлять и управлять факторами, вызывающими изменения в стуле, поможет пациенту успешно справиться со своими симптомами. Однако, нельзя исключать возникновение интеркуррентных соматических заболеваний в этих условиях.

Абдоминальные боли. Боль в животе является основным симптомом СРК и может сильно различаться по интенсивности и частоте. Отмечается дискомфорт в животе, колики, интенсивные или тупые острые боли. Одни пациенты жалуются на ежедневные симптомы, другие жалуются на периодические боли с интервалами в несколько недель или даже месяцев [9].

Боль после еды (очень частая жалоба) связана со вздутием живота, метеоризмом или обострением диареи и обычно проходит после опорожнения кишечника. Боль появляется сразу после пробуждения или после еды и может быть вызвана физической нагрузкой или стрессовым событием [2].

Таким образом, для боли или дискомфорта при синдроме раздраженного кишечника характерны следующие состояния:

- 1) усиление болей после еды, а также уменьшение (но не полное исчезновение) болей или дискомфорта после дефекации или отхождения газов;
- 2) отсутствие прогрессирования боли во времени;
- 3) боль чаще не постоянная, а периодическая, эпизоды острой боли накладываются на постоянную тупую боль;
- 4) боль чаще наблюдается в левой подвздошной области, но может быть разлитой или не иметь четкой локализации;
- 5) отсутствие ночных симптомов.

Любое изменение стабильной симптоматики может служить предупреждением о появлении другой патологии, возможно, органической этиологии.

Вздутие живота. Многие пациенты испытывают дискомфорт из-за вздутия и растяжения кишечника, одежда становится для них тесной и неудобной. Повышенное газообразование в кишечнике, урчание, газоотделение мешают отдыху. Причина вздутия живота в том, что часть неабсорбированной пищи может в физиологической норме ферментироваться, способствуя образованию газов. В то же время ускорение транзита пищи по тонкому кишечнику при СРК может улучшить процессы брожения с образованием газов и осмотически активных веществ, таких как короткоцепочечные жирные кислоты изменяет консистенцию стула, он приобретает более жидкий или пастообразный характер.

Среди внекишечных проявлений СРК можно отметить тошноту, отрыжку, рвоту, боли в правом подреберье, диизирию, головную боль, слабость, озноб пальцев рук. Иногда отмечаются нарушения сна, затрудненное дыхание, невозможность лежать на левом боку. У многих пациентов синдром раздраженного кишечника сопровождается нервно-психическими расстройствами, сексуальными дисфункциями.

К критериям, указывающим на органическую природу проблемы, относятся:

- Пожилой возраст больных,
- Отягощенный семейный анамнез по онкологическим заболеваниям,
- Лихорадка,
- Изменения внутренних органов при физикальном обследовании (гепато- и спленомегалия),
- Обнаружение маркеров патологии при лабораторных исследованиях,
- Необоснованное снижение массы тела,
- Ночные клинические проявления.

Если отмечаются эти признаки, то необходимо заподозрить какое-либо органическое заболевание толстой кишки и провести полное обследование для его исключения.

1.3. Лечебно-диагностическая тактика

Осмотр проводится гастроэнтерологом или проктологом. Наряду с клиническими симптомами и данными физикального обследования в качестве диагностических мероприятий при подозрении на синдром раздраженного кишечника используют лабораторные и инструментальные исследования, направленные, в первую очередь, на исключение или выявление других хронических органических патологий пищеварительного тракта, которые могут проявляться сходными симптомами.

Лабораторные методы исследования представлены общим и биохимическим анализом крови, исследованием кала на скрытую кровь, стеаторею, копрограммой, посевом кала. Изменения нормальных показателей при лабораторной диагностике свидетельствуют об органическом характере патологического процесса, при СРК результаты анализов в норме.

К инструментальным методам диагностики синдрома раздраженного кишечника относятся УЗИ органов брюшной полости, компьютерная томография кишечника, рентгенологические исследования (ирригоскопия, рентгенография кишечника), эндоскопические исследования (колоноскопия,

ректороманоскопия). Данные этих исследований также исключают органические заболевания кишечника, подтверждая функциональную природу расстройства. Помимо осмотра пищеварительного тракта женщинам необходима консультация гинеколога. Пациентам с СРК следует обратиться к психотерапевту. Дифференциальную диагностику проводят со многими заболеваниями, применяя при необходимости дополнительные исследования: с воспалительными заболеваниями кишечника (ректальными кровотечениями, изменениями в анализах крови, патологии при колоноскопии), лактозной недостаточности (связь симптомов с приемом молочных продуктов, дыхательный тест), целиакией (хронической диареей, синдромом мальабсорбции, наличием антител к тканевой трансглутаминазе, атрофией ворсинок и гипертрофия крипт по данным биопсии слизистой оболочки тонкого кишечника), хроническим панкреатитом, поражением, обусловленным приемом медикаментов (слабительные, магнийсодержащие антациды), острой инфекционной диарее (острое начало, позитивные результаты бактериологических исследований), паразитарными инфекциями, синдромом избыточного бактериального роста (СИБР) (водородный дыхательный тест), антибиотикоассоциированной диареей и псевдомембранозным колитом, микроскопическими колитами, спаечной болезнью толстой кишки, раком толстой кишки, дивертикулезом, ишемическим колитом (наличием атеросклеротического стенозирования по данным ангиографии брыжеечных сосудов), психическими расстройствами (депрессией), метаболическими нарушениями (сахарным диабетом, тиреотоксикозом, патологией паращитовидной железы), гормонпродуцирующими опухолями. [6]

Лечение пациентов с СРК затруднено из-за недостаточно изученных механизмов его возникновения и развития. На сегодняшний день единой эффективной схемы лечения не разработано.

Комплекс терапевтических методов при лечении СРК включает диетическое питание, активный образ жизни, воздействие на эмоциональное состояние пациента и, при необходимости, медикаментозную терапию для облегчения клинических симптомов. Рекомендации по диетическому питанию различаются в зависимости от распространенности запоров и диареи в клинике, но всем пациентам СРК следует избегать продуктов, раздражающих слизистую кишечника, способствующих избыточной выработке желудочного сока и желчи, а также грубой пищи, способной механически повредить кишечную стенку. При диарее из рациона также удаляют продукты, содержащие растительную клетчатку, рекомендуют вяжущие средства, а при преобладании запоров в рацион вводят каши, овощи, хлеб с отрубями и исключают продукты, препятствующие прохождению пищевых соков.

Пациентам с СРК рекомендуются физические нагрузки, прогулки, аэробика. Часто назначают курсы лечебной физкультуры. Кроме того, желателно нормализовать режим дня, отказаться от занятий, насыщенных стрессовыми ситуациями, стараться избегать эмоционального напряжения. Также, можно применять психотерапевтические методики.

Для восстановления и нормализации естественной кишечной флоры пациентам с СРК назначают препараты кишечных бактерий. Кроме того, можно использовать препараты для:

- Снятия боли: спазмолитические препараты,
- Облегчения диареи: Лоперамид
- Облегчения запоров: растительные слабительные - лактулоза. [7]

При выраженной неврологической симптоматике могут быть назначены седативные средства (валериана, пустырник и др.), легкие снотворные. Рекомендованы: рефлексотерапия, нейроседативный массаж, электросон, расслабляющие ароматические ванны и ванны с валериановыми травами. Транквилизаторы, антидепрессанты, нейролептики назначают только по показаниям после консультации с психиатром.

ГЛАВА 2

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

2.1. Сестринский уход при синдроме раздраженного кишечника

Сестринский уход начинается со сбора анамнеза. Грамотно собранный анамнез с последующим объективным исследованием дает возможность медсестре правильно сформулировать проблемы пациента и спланировать сестринскую помощь.

Медсестра спрашивает пациента о наличии острых кишечных инфекций в предшествующие годы, хронических заболеваниях ЖКТ, психоэмоциональных стрессовых ситуациях, злоупотреблении алкоголем, длительном употреблении наркотиков, о наличии кишечных заболеваний у близких родственников. Стоит знать, когда появились первые симптомы заболевания, связаны ли они с психоэмоциональным напряжением, физической нагрузкой, приемом пищи (неправильным питанием). Определенное диагностическое значение имеет информация о времени возникновения (день или ночь), вариабельности клинических признаков (боли в животе и др.), их связи с дефекацией.

Также, медсестре интересны сведения о психоэмоциональном климате в семье, о характере работы пациента, его психологической реакции на болевой и диспепсический синдромы. Медсестра может обнаружить у пациента повышение возбудимости, раздражительности, тревогу, панические настроения, нарушения сна и депрессию. На основании жалоб и данных объективного исследования медицинская сестра формирует основные проблемы (сестринский диагноз) пациента с СРК:

- боль в латеральных и нижних отделах живота;
- метеоризм;
- запор;
- диарея;
- низкая осведомленность пациента об этиологии заболевания и особенностях лечения;
- психологические и социально-экономические проблемы, возникающие из-за течения заболевания и изменение привычного образа жизни.

Пациенту с СРК необходимо задать вопросы:

Чем вызвано обострение заболевания?

Соблюдает ли принципы правильного питания?

Принимает и переносит назначенные лекарства?

Занимается ли самолечением?

Основная роль в решении проблем пациента принадлежит немедикаментозной и медикаментозной терапии, которую проводит в основном врач. При этом медицинская сестра организует комфортный микроклимат.

Множественность, неспецифичность, вариабельность клинических признаков зачастую приводят к значительным трудностям в диагностике СРК. На основании выявленных проблем медсестра может заподозрить заболевание ЖКТ, иногда толстой кишки и направить пациента к врачу. В ее задачи входит выделение доминирующего клинического синдрома, исключение симптомов тревоги и заболеваний ЖКТ с последующим выявлением (верификацией) СРК.

Медсестра подготавливает пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям, информирует его об их важности, безопасности и диагностической ценности. Она должна владеть навыками психотерапевтической беседы, установить хороший контакт с пациентом и объяснить ему, что СРК является распространенным заболеванием органов пищеварения, склонным к рецидивам, как правило, не ухудшающее самочувствие и работоспособность, не сокращающее жизнь и не являющееся предвестником рака.

Важно отметить, что это заболевание требует определенных усилий пациента и членов его семьи по изменению образа жизни: изменение режима питания, исключение ситуаций психосоциального и психоэмоционального стресса, в некоторых случаях смена профессиональной деятельности.

В процессе наблюдения за пациентом медицинская сестра отмечает динамику его самочувствия и общего состояния, клинических проявлений заболевания, обучает методам самообслуживания, контролирует выполнение гигиенических и лечебных мероприятий, выявляет нарушения питания, побочные эффекты лекарственных препаратов и информирует врача. Она постоянно оценивает частоту стула, количество, консистенцию, цвет каловых масс, наличие примесей слизи, крови и гноя, подает пациенту судно или подкладывает пеленку, после помогает провести туалет промежности.

Медсестра планирует и осуществляет свою работу в сотрудничестве с врачами (семейным врачом, терапевтом, гастроэнтерологом, психотерапевтом и др.), специалистами в области лечебной физкультуры, лечебной физкультуры, фитотерапии и др. Она заполняет дневник медицинской сестры, в котором отображаются жалобы, динамика состояния, основные жизненные функции, физиологические отправления, поведение и психика больных, отмечают появление новых проблем.

Медсестра способствует созданию в семье благоприятного психологического климата, атмосферы доброжелательности, взаимопонимания, психологической, физиологической и экономической поддержки пациента. Важными элементами сестринского дела являются образование и обучение пациентов и членов их семей: пропаганда и организация здорового образа жизни, предоставление основных сведений о заболевании, фармакотерапии и немедикаментозных методах лечения. В условиях поликлиники (на дому) медицинская сестра при динамическом наблюдении за пациентом оценивает клинические проявления СРК, общее состояние, следит за соблюдением режима физической нагрузки, диеты, медикаментозного лечения, выявляет побочные действия препаратов и сообщает о них врачу. Она должна привлекать пациента и членов его семьи к активному сотрудничеству с медицинскими работниками для решения различных проблем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агафонова, Н. А. Постинфекционный синдром раздраженного кишечника: пособие для врачей / Н. А. Агафонова. – М.: Форте принт, 2013. – 52 с.
2. Вялов, С. С. Гастроэнтерология: практическое руководство / С. С. Вялов. – 6-е изд., репринт. – Москва: МЕДпресс-информ, 2018. – 63 с.
3. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение: рук-во для врачей / под ред. А. В. Калинина, А. Ф. Логинова, А. И. Хазанова. – изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 864 с.
4. Гастроэнтерология. Национальное рук-во: краткое издание / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 480 с.
5. Гастроэнтерология: рук-во / Я. С. Циммерман. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 816 с.
6. Ивашкин, В. Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению больных с синдромом раздраженного кишечника / В. Т. Ивашкин, Ю. А. Шелыгин, Е. К. Баранская [и др.] // Росс. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2014. – № 2. – С. 92-101.
7. Корой, П. В. Синдром раздраженного кишечника: учебно-методическая разработка / П. В. Корой; под ред. проф. А. В. Ягода. – Ставрополь: Издво СтГМУ, 2016. – 24 с.
8. Маев, И. В. Синдром раздраженного кишечника: пособие для врачей / И. В. Маев, С. В. Черемушкин. – М.: Форте принт, 2012. – 52 с.
9. Полуэктова, Е. А. Лечение синдрома раздраженного кишечника с позиции современных представлений о патогенезе заболевания / Е. А. Полуэктова, С. Ю. Кучумова, А. А. Шептулин, В. Т. Ивашкин // Росс. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2013. – № 1. – С. 57-65.
10. Практическая гастроэнтерология / Ф. И. Комаров, М. А. Осадчук, А. М. Осадчук. – М.: МИА, 2010. – 480 с.
11. Синдром раздраженного кишечника: учеб. пособие/Н.М. Козлова; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра факультетской терапии. – Иркутск: ИГМУ, 2018. – 28с.
12. Синдром раздраженного кишечника: основные принципы диагностики и лечения в поликлинической практике: учеб. пособие / Л. И. Буторова, Г. М. Токмулина. – М.: Прима Принт, 2014. – 96 с.

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

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kurovaya-rabota/320156>