

Министерство Здравоохранения РФ  
Кыштымский филиал ГБПОУ «Миасский медицинский колледж»

**Учебно-методическое пособие  
для студентов**

ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах  
МДК 02.01. Сестринская помощь при нарушениях здоровья  
Тема 1.1. Сестринское дело в терапии

**Тема: Сестринская помощь при заболеваниях желудка и кишечника**

Кыштым  
2025 г

Рассмотрено  
на заседании ЦМК  
междисциплинарный курс по  
специальности «Сестринское  
дело»  
Протокол №\_\_ от «\_\_» \_\_2025  
Председ. ЦМК \_\_\_\_\_  
/О.В.Павлова/

Составлено в соответствии с  
ФГОС СПО  
Утверждено  
Зам.директора по УВР КФ  
«ММК»  
\_\_\_\_\_/О.В. Павлова/  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

Автор: Удалова Александра Николаевна, преподаватель МДК 02.01 высшей категории

Рецензенты:

Павлова О.В., методист Кыштымского филиала ГБПОУ «Миасский медицинский колледж»

Позднякова Л.П., главная медицинская сестра ГБУЗ «Городская больница им. А.П. Силаева город Кыштым»

## Оглавление

Методическое пояснение .....	3
Мотивация темы .....	5
Указания по работе с пособием .....	5
Теоретический материал.....	6
1. АФО пищеварительной системы .....	6
2. Сестринское обследование пациентов с патологией органов пищеварения (пищевода, желудка).....	11
3. Сестринский процесс при гастритах .....	14
4. Сестринский процесс при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки .....	17
5. Сестринский процесс при болезнях кишечника.....	20
6. Рентгенологические методы исследования органов ЖКТ .....	23
7. Зондовые манипуляции.....	28
8. Лечебные диеты, назначаемые при заболеваниях желудка и кишечника .....	32
9. Нормативные показатели желудочного сока, кала, желчи.....	39

## Методическое пояснение

Учебно – методическое пособие для студентов создано для самостоятельной внеаудиторной подготовки по теме «Сестринская помощь при заболеваниях желудка и кишечника», а также может использоваться на практических и семинарских занятиях по теме, для решения заданий рабочей тетради.

В пособии отражен и систематизирован теоретический материал по данной теме и включает основные вопросы:

- ✓ Определения заболеваний хронический гастрит, язвенная болезнь, рак желудка, хронический энтерит, хронический колит;
- ✓ Их этиологию, факторы риска, патогенез;
- ✓ Классификация заболеваний;
- ✓ Особенности сестринского обследования при этих заболеваниях, данные дополнительных методов исследования;
- ✓ Основные клинические проявления заболеваний желудка, кишечника, возможные проблемы пациента;
- ✓ Цели сестринских вмешательств, содержание независимых, зависимых и взаимозависимых действий медсестры с их мотивацией;
- ✓ Профилактика заболеваний желудка и кишечника;
- ✓ Алгоритмы манипуляций по теме;
- ✓ Нормативные показатели анализов кала, желудочного содержимого, желчи;
- ✓ Характеристика диет при болезнях желудка и кишечника;

Пособие содержит вопросы промежуточного контроля и раздел «Итоговая самооценка» для определения итогового уровня знаний после работы с пособием, для закрепления и обобщения полученной новой информации.

Учебно-методическое пособие составлено в соответствии с требованиями ФГОС СПО и рабочей программой по ПМ 02 ПМ 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах МДК 02.01. Сестринская помощь при нарушениях здоровья Тема 1.1. Сестринское дело в терапии, рекомендуется для преподавателей дисциплины и студентов сестринского отделения 2 и 3 курсов.

### **Мотивация темы**

В настоящее время очень актуальны вопросы заболеваний пищеварительной системы, с каждым годом количество пациентов у врачей – гастроэнтерологов становится все больше. Это связано с экологической обстановкой, различными модифицированными продуктами, стрессами, современным темпом жизни.

Будущим медицинским сестрам необходимо владеть достаточным объемом информации о заболеваниях пищеварительной системы для того, чтобы уметь грамотно и доходчиво дать рекомендации больному, в полной мере осуществлять полноценный эффективный уход за такими пациентами в стационаре.

### **Указания по работе с пособием**

- I. Освоение нового материала основывается на базовых знаниях, полученных при изучении ряда дисциплин на первом и втором годах обучения.
  1. Из дисциплины Анатомия и физиология человека вспомните тему «АФО ЖКТ»;
  2. Из дисциплины Фармакология вспомните темы «Слабительные средства», «Антибиотики», «Витамины», «Антацидные средства»;
- II. Изучите теоретический материал по теме, отвечая на вопросы промежуточного контроля. Законспектируйте кратко материал.
- III. Решите тестовые задания в разделе «Итоговая самоаттестация» для закрепления, систематизации новой информации. После сверьте результаты

с эталонами, при низкой оценке вернитесь к теоретическому материалу еще раз.

IV. Для более глубокого изучения материала по данной теме воспользуйтесь списком дополнительной литературы, выполните задания для внеаудиторной работы.

## Теоретический материал

### 1. АФО пищеварительной системы

К органам пищеварения относятся пищевод, желудок, тонкий и толстый кишечник; а также печень, желчные пути и поджелудочная железа.

Органы пищеварения начинаются с полости рта, где пища размельчается и начинает перевариваться, и кончаются прямой кишкой, которая через заднепроходное отверстие выделяет наружу пищевые отбросы.

Пищеварительный тракт можно разделить на несколько отделов: полость рта, глотка, пищевод, желудок и кишечник (рис. 1).

Назначение органов пищеварения заключается в размельчении и переваривании пищи, продвижении ее по пищеварительному тракту, всасывании переваренной пищи и выведении из организма непереваренных остатков. Переваривание пищи состоит в том, чтобы питательные вещества привести в жидкое, растворенное, состояние, так как только в таком виде они могут всосаться в кровь, которая разнесет их по всему организму— и доставит каждой клетке. Превращение пищевых продуктов в

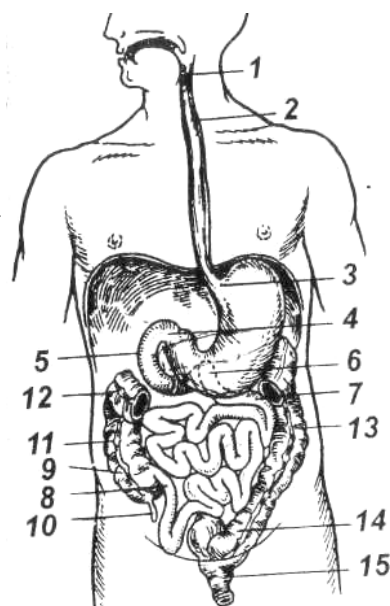


Рис. 1

растворенное состояние происходит при помощи ферментов, вырабатываемых особыми железистыми клетками.

Переваривание пищи начинается уже во рту во время жевания.

В **полость рта** открываются протоки слюнных желез: околоушных, подчелюстных и подъязычных. Зубы разжевывают, размельчают пищу, слюна смачивает ее, а язык смешивает пищу со слюной. В слюне находится фермент амилаза, превращающий нерастворимый крахмал в растворимый сахар.

Когда пища достаточно размельчена, разжевана, хорошо смочена и пропитана слюной, она попадает в **пищевод** (2).

Пищевод является продолжением **глотки** (1), проходит вдоль позвоночника за трахеей и крупными кровеносными сосудами, под самой диафрагмой впадает в желудок – **кардиальный сфинктер** (3).

В стенке пищевода заложены гладкие мышцы, которые путем перистальтических движений передвигают пищевой комок из пищевода в желудок. Функция пищевода состоит только в проведении пищи и питья из глотки в желудок.

**Желудок** (6), так же как и весь кишечник, находится в полости живота и состоит из трех слоев: слизистой оболочки, мышечного слоя и серозной оболочки. Слизистая оболочка выстилает весь желудочно-кишечный тракт. В ней заложены слизистые железы, выделяющие слизь, а также железы, вырабатывающие ферменты, с помощью которых происходит переваривание пищи.

Мышечный слой состоит из гладкой мускулатуры, расположенной в виде продольного, кольцевого, а в желудке и косога мышечных слоев. Сокращением мускулатуры достигается перемешивание и продвижение пищевых масс по желудочно-кишечному тракту.

Желудок, кишечник и другие органы, расположенные в полости живота (печень и селезенка), покрыты серозной оболочкой (внутренний листок брюшины), которая, заворачиваясь у задней стенки живота, покрывает в виде мешка (наружный листок брюшины) органы, находящиеся в полости живота.

Желудок расположен в брюшной полости непосредственно под диафрагмой, причем большая часть его находится под левым куполом диафрагмы и только выходная часть (1/6 желудка) расположена вправо от средней линии.

Желудок разделяется на три части: входную, или кардиальную, среднюю, или главную, которая в свою очередь состоит из дна и тела желудка, и выходную, или привратниковую (пилорическую).

Желудок представляет собой полый орган, имеющий форму крючка или рога, который может вместить до 2-3 л жидкости.



Нижняя граница желудка в норме не должна опускаться ниже уровня пупка.

Секреторная функция желудка. Слизистая оболочка желудка содержит специальные железы, которые выделяют желудочный сок. Главной составной частью желудочного сока являются соляная кислота и пепсин. при помощи которых происходит переваривание белков.

Пепсин переваривает белки только в присутствии соляной кислоты. Слизистая оболочка желудка и всего пищеварительного тракта выделяет слизь, которая предохраняет ее от различных раздражений, а стенку желудка и от непосредственного действия кислого желудочного сока.

Двигательная (моторная) функция желудка. Когда пища попадает в желудок, привратник спастически закрывается. Переваривание пищи в желудке происходит в течение 2-4 часов, а иногда и дольше в зависимости от характера пищи. Мышцы, заложенные в стенке желудка, сокращаясь, перемешивают пищу с желудочным соком. Мускулатура привратника периодически расслабляется, и переваренная пища отдельными порциями поступает в двенадцатиперстную кишку, где продолжается пищеварение.

Всасывательная функция желудка. Всасывательная функция желудка незначительна, вода и некоторые растворенные в ней вещества (соль, сахар и др.) всасываются в нем в небольшом количестве. Спирт тоже плохо всасывается стенкой желудка, хотя некоторые лекарства, растворенные в нем, всасываются лучше, чем растворенные в воде.

Выделительная (эксреторная) функция желудка. Выделительная функция желудка тоже незначительна. Некоторые ядовитые вещества, например алкоголь, выделяются его стенкой, а при уремии слизистая желудка частично выделяет мочевины и мочевую кислоту, Морфин даже при подкожном введении выделяется слизистой желудка. Поэтому при отравлении морфином и другими препаратами опия необходимо делать промывание желудка.

Бактерицидная деятельность желудка. В полости желудка обнаруживается незначительное количество микробов, так как кислая среда в

желудке не благоприятствует их развитию. Например, холерные вибрионы погибают в кислом желудочном соке в течение 10-15 минут.

Кроветворная функция желудка. Слизистая оболочка желудка вырабатывает так называемый внутренний фактор Касла (гастромукопротеин), который, соединяясь с витамином В<sub>12</sub>, предохраняет его от разрушения ферментами.

Место перехода желудка в кишечник – пилорический сфинктер (4).

Кишечник состоит из четырех отделов: двенадцатиперстной кишки (5), тонкой кишки (7), толстой кишки и прямой кишки.

**Двенадцатиперстная кишка** - короткая, длиной приблизительно 20 см. Расположена за желудком, неподвижна и плотно прилегает к задней стенке живота. В двенадцатиперстную кишку поступает сок поджелудочной железы, в состав которого входит целый ряд ферментов: трипсин, липаза, при помощи которых происходит переваривание; белков, жиров и углеводов. Вместе с соком поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку из печени поступает желчь, которая принимает участие в переваривании жиров.

**Тонкая кишка** - длина около 7 м. Заполняет почти всю полость живота (в ней различают два отдела - тощая и подвздошная кишка). Совершенно свободно расположена в животе, так как прикреплена к задней стенке длинной связкой, называемой брыжейкой. Тонкая кишка впадает в толстую внизу живота справа (8). Слизистая оболочка тонкой кишки тоже вырабатывает некоторые ферменты, с помощью которых завершается переваривание пищи.

При пищеварении в желудочно-кишечном тракте происходит расщепление питательных веществ. Белки расщепляются на ряд составных элементов, называемых аминокислотами. Углеводы и жиры тоже подвергаются расщеплению.

Растворенные питательные вещества всасываются слизистой оболочкой тонкой кишки и поступают в кровеносную и лимфатическую системы для снабжения всех клеток организма необходимыми элементами.

**Толстая кишка**- длина около 1,5 м. Разделяется на несколько отделов. Отрезок толстой кишки, идущий вниз от места впадения тонкой кишки, называется слепой кишкой. Слепая кишка расположена в правой подвздошной области живота (9). От слепой кишки отходит червеобразным отросток (appendix) (10).

Толстая кишка идет вверх до печени (восходящая ободочная кишка, 11), затем направляется в левое подреберье, поперек верхней части живота (поперечноободочная кишка, 12), и по левой стороне живота спускается вниз (нисходящая ободочная кишка, 13), где переходит в небольшой отрезок, так называемую сигмовидную кишку (14), которая снабжена брыжейкой и поэтому подвижна.

Восходящая и нисходящая ободочная кишка брыжейки не имеют. **Сигмовидная кишка** переходит в **прямую кишку** (15). В кишечнике также различают секреторную, двигательную, всасывательную и выделительную функции. В толстой кишке происходит всасывание оставшейся части воды и оформление каловых масс.

Двигательная функция кишечника, так же как и желудка, состоит в перемешивании пищи с пищеварительными соками и продвижении ее по кишечнику к выходу.

Выделительная функция кишечника заключается в том, что слизистая оболочка выделяет, например, соли кальция, железа, ртути, а при уремии - мочевины и мочевую кислоту. Воспаленная слизистая продуцирует большое количество слизи и выделяет в просвет кишечника экссудативную жидкость.

По поступлении каловых масс в прямую кишку происходит опорожнение кишечника, которое называется дефекацией. При акте дефекации происходит сокращение мышц прямой кишки, а также брюшных мышц при одновременном расслаблении сфинктеров заднепроходного отверстия. В наружном сфинктере заложены поперечнополосатые мышцы, поэтому в норме дефекация является произвольным актом.

Нарушение правильной работы какой-либо части пищеварительного аппарата может повлечь за собой изменение функции пищеварения и всасывания питательных веществ, отчего будет страдать весь организм, не получая достаточного количества питания.

## 2. Сестринское обследование пациентов с патологией органов пищеварения (пищевода, желудка)

<p><b>Жалобы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Боли (характер, периодичность, интенсивность, связь с едой, иррадиация и др.)</li> <li>Аппетит</li> <li>Тошнота</li> <li>Рвота</li> <li>Отрыжка (характер)</li> <li>Изжога (после чего)</li> <li>Понос (характер стула)</li> <li>Запор</li> <li>Нарушение глотания</li> <li>Вздутие живота</li> <li>Исхудание</li> <li>Цвет стула</li> </ol>	<p><b>Анамнез болезни</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Факторы риска</li> <li>Причины и начало заболевания</li> <li>Динамика развития заболевания</li> <li>Данные обследования</li> <li>Лечение (эффект от лечения)</li> </ol>
--	--

<p><b>Анамнез жизни</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Наследственность</li> <li>Вредные привычки</li> <li>Питание</li> <li>Условия быта</li> <li>Профессия</li> <li>Интоксикация отравления</li> <li>Длительный прием лекарственных средств (каких)</li> <li>Аллергические реакции</li> </ol>	<p><b>Объективное обследование</b></p> <table border="0"> <tr> <td><b>Осмотр</b></td> <td><b>Пальпация</b></td> <td><b>Перкуссия</b></td> </tr> <tr> <td>1. Снижение массы тела</td> <td>1. Желудок</td> <td>1. Боковые отделы живота</td> </tr> <tr> <td>2. Изменение языка</td> <td>2. Кишечник</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Трофические расстройства</td> <td>3. Печень</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Форма живота</td> <td>4. Селезенка</td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Цвет кожи</td> <td>5. Тургор кожи</td> <td></td> </tr> </table>			<b>Осмотр</b>	<b>Пальпация</b>	<b>Перкуссия</b>	1. Снижение массы тела	1. Желудок	1. Боковые отделы живота	2. Изменение языка	2. Кишечник		3. Трофические расстройства	3. Печень		4. Форма живота	4. Селезенка		5. Цвет кожи	5. Тургор кожи	
<b>Осмотр</b>	<b>Пальпация</b>	<b>Перкуссия</b>																			
1. Снижение массы тела	1. Желудок	1. Боковые отделы живота																			
2. Изменение языка	2. Кишечник																				
3. Трофические расстройства	3. Печень																				
4. Форма живота	4. Селезенка																				
5. Цвет кожи	5. Тургор кожи																				

<b>Инструментальные и лабораторные методы исследования</b>	
<p><b>Пищевод</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ОАК</li> <li>Эзофагоскопия</li> <li>Рентгеноскопия</li> </ol>	<p><b>Желудок</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ОАК</li> <li>Фракционное исследование желудочной секреции (ацидометрия)</li> <li>ФГДС</li> <li>Рентгеноскопия с контрастированием желудка</li> <li>Морфологическое исследование биоптата</li> </ol>

### **Боли в брюшной полости**

- при различных заболеваниях органов пищеварения существенно отличаются по локализации, интенсивности, связи с приемом пищи, ее характером и пр.

при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки боли локализуются в эпигастриальной области и связаны с приемом пищи

при заболеваниях кишечника - в нижней половине живота, связи с приемом пищи нет.

при преимущественном поражении толстой кишки боли чаще всего схваткообразные и после опорожнения кишечника обычно стихают

при преимущественном поражении тонкой кишки боли более постоянные, ноющие, локализуются вокруг пупка.

### **Нарушение аппетита**

в большей степени связано с состоянием секреторной функции желудка.

Аппетит усилен при повышенной секреции и понижен при снижении секреции.

Извращение аппетита обычно характерно для рака желудка: больной не переносит ряд пищевых продуктов (например, испытывает отвращение к мясу).

### **Отрыжка**

- внезапное попадание в полость рта содержимого желудка, сопровождающееся характерным звуком выходящего через рот воздуха.

Кроме отрыжки пищей, может быть отрыжка воздухом («пустая» отрыжка). Отрыжка обусловлена сокращением мускулатуры желудка при открытом кардиальном отверстии, следовательно, связана с нарушением моторики желудка.

Она может сопровождаться ощущением кислоты во рту (при усилении секреции желудка), запахом тухлых яиц (при гнилостных процессах в желудке). Горького вкуса отрыжка бывает при забрасывании содержимого двенадцатиперстной кишки в желудок.

### **Изжога**

- ощущение жжения в подложечной области и за грудиной. Она возникает при забрасывании кислого содержимого желудка в нижнюю часть пищевода.

### **Тошнота**

- неприятное ощущение в подложечной области в сочетании с ощущением давления там же. Одновременно отмечают слабость, потоотделение.

### Рвота

- сложный двигательный акт, в котором участвуют мускулатура желудка, диафрагма, нижний отдел пищевода. Во время рвоты непроизвольно выбрасывается содержимое желудка через пищевод, глотку, рот, а иногда и через носовые ходы. Рвота может быть обусловлена приемом недоброкачественной пищи, укачиванием (во время езды в транспорте). Рвота - один из признаков заболевания желудка, если одновременно имеются и другие симптомы болезни желудка.

При наличии рвоты необходимо выяснить связь ее с приемом пищи.

Реакция рвотных масс может быть кислой (при повышении секреторной функции желудка) или нейтральной.

При кровотечениях в желудке или двенадцатиперстной кишке рвотные массы имеют окраску кофейной гущи.

Обильное кровотечение из сосудов, расположенных в нижнем отделе пищевода, сопровождается рвотой алой кровью. Такая же рвота бывает при массивных желудочных кровотечениях.

### Сестринское обследование пациентов с патологией кишечника

<p><b>Жалобы</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Боли в животе (характер, локализация, периодичность, связь с едой и актом дефекации и др.)</li> <li>2. Метеоризм, урчание</li> <li>3. Понос (характер стула)</li> <li>4. Запор</li> <li>5. Кишечное кровотечение</li> <li>6. Аппетит</li> <li>7. Похудание</li> </ol>	<p><b>Анамнез болезни</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Начало заболевания (острое, постепенное)</li> <li>2. Причины и обстоятельство заболевания</li> <li>3. Течение болезни</li> <li>4. Обследование и результат</li> <li>5. Эффективность предыдущего лечения</li> </ol>	<p><b>Анамнез жизни</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Наследственность</li> <li>2. Перенесенные заболевания</li> <li>3. Характер питания (с детского возраста)</li> <li>4. Вредные привычки</li> <li>5. Аллергические реакции</li> </ol>
<b>Непосредственное обследование пациента</b>		
<p><b>Осмотр</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Исхудание</li> <li>2. Бледность, сухость кожи, заеды</li> <li>3. Изменения языка</li> <li>4. Метеоризм</li> <li>5. Участие живота в дыхании</li> <li>6. Венозная сеть на коже живота</li> </ol>	<p><b>Пальпация</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Желудок</li> <li>2. Кишечник</li> <li>3. Печень</li> <li>4. Селезенка</li> <li>5. Пальцевое ощупывание прямой кишки</li> </ol>	<p><b>Перкуссия, аускультация</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нижне-боковых отделов живота</li> <li>2. Печени</li> <li>3. Перистальтические шумы при аускультации</li> </ol>
<b>Дополнительные методы исследования</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ОАК</li> <li>2. Копроцитограмма</li> <li>3. Рентгеноскопия тонкой кишки</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ирригоскопия</li> <li>5. Ректороманоскопия</li> <li>6. Колоноскопия</li> </ol>	

### 3. Сестринский процесс при гастритах

#### *I этап: Сестринское обследование*

##### 1. Выявление факторов риска:

- а) погрешности в питании
- б) алкоголь, курение
- в) бесконтрольный прием медикаментов
- г) стрессы
- д) недоброкачественная пища
- е) рефлюкс-гастрит
- ж) сезонность обострения
- з) хеликобактерии

##### 2. Объективно:

- бледность кожи и слизистых (или гиперемия);
- влажность кожи;
- налет на языке;
- трещины в углах рта;
- ломкость волос, ногтей;

##### 3. ОАК – анемия

##### 4. Ацидограмма:

- Гипоацидный гастрит: ↓ соляной кислоты и пепсина;
- Гиперацидный гастрит: ↑ соляной кислоты и пепсина;

##### 5. Анализ кала:

- Гипоацидный гастрит: не переваренные части пищи;
- Гиперацидный гастрит: жидкий;

##### 6. Rn-логически:

- Гипоацидный гастрит: атрофия складок желудка;
- Гиперацидный гастрит: складки увеличены, отеки;

## II этап: Выявление проблем пациента

<p><b>Биологические проблемы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• боль колющего, ноющего характера</li> <li>• отрыжка пищей, тухлым, кислым</li> <li>• изжога</li> <li>• рвота, тошнота</li> <li>• слабость, головная боль, головокружение</li> <li>• снижение аппетита</li> <li>• диарея или запор</li> <li>• метеоризм</li> </ul> <p><b>Потенциальные проблемы:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. риск вторичного холецистита</li> <li>2. риск вторичного панкреатита</li> <li>3. риск энтероколита</li> <li>4. риск В<sub>12</sub> – фолиеводефицитной анемии</li> <li>5. риск развития ЯБЖ</li> </ol>	<p><b>Нарушение потребностей</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• в безопасности</li> <li>• в комфорте</li> <li>• в адекватном питании и питье</li> <li>• в движении</li> <li>• в сне и отдыхе</li> <li>• в адекватном питании</li> <li>• в комфорте</li> <li>• в общении</li> </ul>
--	--

## III этап: Планирование

Планирование	Мотивация
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшить и устранить приступы боли</li> <li>• Устранить отрыжку</li> <li>• Устранить изжогу, снизить уровень соляной кислоты в желудке</li> <li>• Устранить тошноту и рвоту</li> <li>• Нормализовать стул</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обеспечение физиологического комфорта</li> <li>• Прекращение образования газов в желудке, улучшение качества пищеварения</li> <li>• Для обеспечения комфорта и адекватного питания</li> <li>• Для обеспечения безопасности и защитить от обезвоживания</li> </ul>

## IV этап: Сестринские вмешательства (реализация проблем пациента)

Независимая реализация	Зависимая реализация	Взаимозависимая реализация
<ul style="list-style-type: none"> <li>• контроль диеты №0 (острый гастрит), №2 (гипоацидный гастрит), №1 (гиперацидный гастрит);</li> <li>• придать удобное положение;</li> <li>• холодный компресс на эпигастрий;</li> <li>• выполнение назначений врача;</li> <li>• следить за передачами от родственников</li> <li>• массаж живота;</li> <li>• щелочные минер. воды</li> <li>• следить за общим состоянием;</li> <li>• следить за рвотными массами;</li> <li>• помощь при рвоте</li> <li>• обильное питье;</li> <li>• уход за полостью рта;</li> <li>• уход за анальным отверстием;</li> <li>• контроль АД, ЧСС;</li> <li>• уход за кожей, волосами, ногтями;</li> <li>• прием ветрогонных настоев;</li> <li>• газоотводная трубка.</li> <li>• оказать в случае необходимости неотложную помощь</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• промывание желудка 2% раствором соды;</li> <li>• в/в капельно 10% глюкоза + аскорбиновая кислота</li> <li>• обеспечить прием медикаментов:</li> <li>• заместительная терапия (ацедин-пепсин, натур. желуд. сок, горечи);</li> <li>• ферменты;</li> <li>• желчегонные (аллохол, холосас).</li> <li>• антациды (альмагель, маалокс)</li> <li>• Витамины</li> <li>• Кордиамин, Мезатон</li> <li>• закрепляющие препараты;</li> <li>• противодиарейные (иммодиум);</li> <li>• спазмолитики (но-шпа, галидор, папаверин).</li> <li>• Н<sub>2</sub>-блокаторы</li> <li>• Препараты железа</li> <li>• Антибиотики, препараты висмута</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пригласить на консультацию гастроэнтеролога</li> <li>• Контроль физиопроцедур</li> <li>• подготовка и проведение фракционного зондирования;</li> <li>• подготовка к ФГС.</li> <li>• Подготовка и сбор крови на анализы</li> </ul>



## ***V этап: Оценка эффективности сестринских вмешательств***

Достижение целей:

- полное
- частичное
- неэффективность действий

### **Рекомендации пациенту с гастритом при выписке:**

1. Соблюдать диету, не допускать в ней погрешностей.
2. Исключить алкоголь, курение.
3. Диспансерное наблюдение.
4. Здоровый образ жизни.
5. Не злоупотреблять жирным, острым, жареным.
6. Осторожно принимать некоторые группы медикаментов (салицилаты, гормоны, сульфаниламиды).
7. Регулировать работу кишечника.
8. Санаторно-курортное лечение.
9. Соблюдать режим питания.
10. Механически и термически щадящая пища.
11. Исключить профвредности.
12. Проходить профилактическое лечение осенью и весной.

## **4. Сестринский процесс при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки**

### ***I этап: Сестринское обследование***

1. Выявление факторов риска:
  - а) хеликобактерии
  - б) стрессы
  - в) наследственность
  - г) злоупотребление медикаментов
  - д) на фоне гиперацидности
  - е) сезонность обострения

ж) курение

з) алиментарные погрешности

2. Объективно:

- бледность кожи и слизистых;
- вынужденное положение вздутие живота;

3. ОАК – анемия;

4. Rn логически – симптом ниши и пальца;

5. Анализ на скрытую кровь – обнаруживаются эритроциты;

6. Желудочное и дуоденальное зондирование – обнаруживаются слизь, кровь, желчь, гиперацидность;

7. ФГС – язва, складки отечны, гиперемия.

### ***II этап: Выявление проблем пациента***

<b>Биологические проблемы:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• боль в эпигастрии через 1-1,5 ч. после еды (ЯБЖ) или голодные ночные боли (ЯБДК)</li><li>• рвота, тошнота</li><li>• запоры, метеоризм</li><li>• изжога</li></ul> <b>Потенциальные проблемы: риск</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. желудочного кровотечения</li><li>2. перфорации</li><li>3. пенетрации</li><li>4. стеноза привратника желудка</li><li>5. малигнизации</li></ol>	<b>Нарушенные потребности</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• в безопасности</li><li>• в комфорте</li><li>• в движении</li><li>• в адекватном питании и питье</li><li>• в отдыхе</li><li>• в привычном труде</li><li>• выделять</li><li>• двигаться</li></ul>
--	---

### ***III этап: Планирование***

<b>Планирование</b>	<b>Мотивация</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Уменьшить и устранить приступы боли</li><li>• Устранить отрыжку</li><li>• Устранить изжогу, снизить уровень соляной кислоты в желудке</li><li>• Устранить тошноту и рвоту</li><li>• Нормализовать стул</li><li>• Профилактика потенциальных проблем</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Обеспечение физиологического комфорта</li><li>• Улучшение качества пищеварения</li><li>• Для обеспечения комфорта и адекватного питания</li><li>• Для обеспечения безопасности</li></ul>

#### ***IV этап: Сестринские вмешательства (реализация проблем пациента)***

<b>Независимая реализация</b>	<b>Зависимая реализация</b>	<b>Взаимозависимая реализация</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• контроль диеты №1</li> <li>• придать удобное положение;</li> <li>• холодный компресс на эпигастрий;</li> <li>• выполнение назначений врача;</li> <li>• следить за передачами от родственников</li> <li>• массаж живота;</li> <li>• щелочные минер. воды</li> <li>• следить за общим состоянием;</li> <li>• следить за рвотными массами;</li> <li>• помощь при рвоте</li> <li>• контроль АД, ЧСС;</li> <li>• прием ветрогонных настоев;</li> <li>• газоотводная трубка.</li> <li>• оказать в случае необходимости неотложную помощь</li> <li>• дать рекомендации по образу жизни, исключению факторов риска</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• обеспечить прием медикаментов:</li> <li>• Антибиотики, препараты висмута (де-нол)</li> <li>• антациды (альмагель, маалокс)</li> <li>• Витамины</li> <li>• Кордиамин, Мезатон</li> <li>• спазмолитики (но-шпа, галидор, папаверин).</li> <li>• Н2-блокаторы (квamatел, ранитидин)</li> <li>• Гемостатики (ЕАКК, дицинон)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пригласить на консультацию гастроэнтеролога</li> <li>• Контроль физиопроцедур</li> <li>• подготовка и проведение фракционного и дуоденального зондирования;</li> <li>• подготовка к ФГС, рентгену желудка</li> <li>• Подготовка и сбор крови на анализы</li> </ul>

#### ***V этап: Оценка эффективности сестринских вмешательств***

Достижение целей:

- полное
- частичное
- неэффективность действий

#### **Рекомендации пациенту с язвенной болезнью при выписке:**

1. Соблюдать диету, не допускать в ней погрешностей.
2. Исключить алкоголь, курение.
3. Диспансерное наблюдение.
4. Здоровый образ жизни.
5. Не злоупотреблять жирным, острым, жареным.
6. Осторожно принимать некоторые группы медикаментов (салицилаты, гормоны, сульфаниламиды).
7. Регулировать работу кишечника.
8. Санаторно-курортное лечение.
9. Соблюдать режим питания.

10. Механически и термически щадящая пища.
11. Исключить профвредности.
12. Проходить профилактическое лечение осенью и весной.
13. При появлении рвоты «кофейной гущей» и кала черного цвета дёгтеобразного срочно вызвать скорую.
14. При появлении резкой боли в животе – вызвать скорую, не пить, не есть, не принимать анальгетики.
15. Постоянное (под контролем врача и ОАК) принимать по назначению врача препараты Fe для профилактики анемии, метилурацил-репаранты.

## **5. Сестринский процесс при болезнях кишечника**

### *1 этап: Сестринское обследование*

#### 2. Выявление факторов риска:

- а) погрешности в питании
- б) наследственность
- в) алкоголизм
- г) постоянные очаги инфекции в кишечнике
- д) хр. гипоацидный гастрит
- е) хр. панкреатит
- ж) последствия дизентерии
- з) паразиты, простейшие
- и) токсическое воздействие медикаментов, ртути, свинца

#### 3. Объективно:

- бледность, сухость кожи;
- язык обложен;
- ломкость волос, ногтей, вздутие живота;

#### 4. ОАК – анемия

#### 5. Анализ кала

- кал желтый, жидкий, не переваренная пища, слизь, жиры, не

переваренная клетчатка – при хр. энтерите.

- кал кашицеобразный с гнилостным запахом, примесь гноя, слизи – при хр. колите.
- кал с примесью крови, слизи, гноя – при неспецифическом язвенном колите.

### ***II этап: Выявление проблем пациента***

<p><b>Биологические проблемы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• чувство распирания после еды</li> <li>• урчание</li> <li>• тошнота</li> <li>• тенезмы</li> <li>• диарея или запор, метеоризм</li> <li>• боль по ходу кишечника</li> <li>• выделения крови и слизи после дефекации</li> <li>• ↓ веса, ↓ аппетита, слабость</li> <li>• лихорадка</li> <li>• ломкость волос, ногтей</li> </ul> <p><b>Потенциальные проблемы: риск</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. кишечного кровотечения</li> <li>2. обезвоживания</li> <li>3. выпадения прямой кишки</li> <li>4. вторичных гастрита, холецистита</li> <li>5. анемии</li> </ol>	<p><b>Нарушенные потребности</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• в комфорте</li> <li>• в безопасности</li> <li>• во сне и отдыхе</li> <li>• поддерживать нормальную температуру тела</li> <li>• быть чистым</li> <li>• в адекватном питании и питье</li> <li>• выделять</li> </ul>
---	---

### ***III этап: Планирование***

<b>Планирование</b>	<b>Мотивация</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уменьшить и устранить боли по возможности</li> <li>• Нормализовать стул</li> <li>• Обеспечить полноценное питание</li> <li>• Предупредить снижение веса по возможности</li> <li>• Профилактика потенциальных проблем</li> <li>• Информировать пациента о факторах риска</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• уменьшения болей</li> <li>• следить за динамикой состояния</li> <li>• повысить эффективность лечения</li> <li>• способствовать нормализации стула и работы кишечника</li> <li>• исключить факторы, усугубляющие состояние</li> <li>• профилактика обострений</li> <li>• ранняя диагностика потенциальных проблем</li> <li>• восполнить потери жидкости в организме</li> <li>• предупредить снижение веса</li> <li>• профилактика мацерации кожи</li> <li>• усиление перистальтики</li> <li>• обеспечить комфорт</li> <li>• повысить защитные силы организма</li> <li>• способствовать формированию стремления к ЗОЖ</li> <li>• включить пациента в процесс выздоровления</li> </ul>

#### 4 этап: Сестринские вмешательства (реализация проблем пациента)

Независимая реализация	Зависимая реализация	Взаимозависимая реализация
<ul style="list-style-type: none"> <li>• придать п-ту удобное положение</li> <li>• наблюдать за характером болей</li> <li>• контроль диеты №3,4</li> <li>• дать п-ту рекомендации по правильному питанию (при запорах употреблять послабляющие продукты, при поносах закрепляющие; исключить в питании острое, жирное, алкоголь)</li> <li>• рекомендовать п-ту отказ от курения</li> <li>• разъяснить необходимость «Д» и соблюдения рекомендаций во время ремиссии</li> <li>• согревающий компресс на область живота после стихания острого периода</li> <li>• наблюдать за характером стула, его кратностью, общим состоянием п-та</li> <li>• регистрировать данные о стуле</li> <li>• рекомендовать употреблять не менее 2 литров жидкости в день</li> <li>• взвешивать п-та ежедневно</li> <li>• при необходимости помогать соблюдать личную гигиену п-та, осуществлять уход за анальным отверстием, смазывать его вазелином после каждой дефекации</li> <li>• при появлении запора массаж живота</li> <li>• контроль за Т тела п-та, регистрация в температурном листе</li> <li>• обеспечить покой п-ту</li> <li>• теплое витаминизированное питье</li> </ul>	<p>Обеспечить прием медикаментов:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• спазмолитики (церукал);</li> <li>• сульфаниламиды (фталазол, этазол)</li> <li>• ферменты;</li> <li>• в/в капельно препараты;</li> <li>• бифидумбактерин;</li> <li>• вяжущие препараты;</li> <li>• слабительные;</li> <li>• активированный уголь и др. сорбенты</li> <li>• витамины</li> <li>• препараты железа</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пригласить на консультацию гастроэнтеролога, онколога</li> <li>• подготовка к колоноскопии, РРС, ирригоскопии</li> <li>• Подготовка и сбор крови и кала на анализы</li> </ul>

#### V этап: Оценка эффективности сестринских вмешательств

Достижение целей:

- полное
- частичное
- неэффективность действий

**Рекомендации пациенту с заболеваниями кишечника при выписке:**

1. Соблюдение диеты (исключить жирное, острое, жареное).
2. Диспансерное наблюдение, ежегодное проведение ирригоскопии,

ректороманоскопии.

3. Регулярный осмотр кала, при наличии в нем гноя, крови обратиться к врачу.
4. Регулировать работу кишечника.
5. Соблюдать режим питания.
6. Исключение вредных привычек.
7. Массаж живота.
8. Пить жидкость не менее 1,5 литров.
9. Профилактический прием ферментов.
10. Санаторно-курортное лечение.
11. Долечивание о. панкреатитов, добросовестное лечение хр. гипоацидных гастритов и хр. панкреатитов.
12. Исключить профвредности.

## **6. Рентгенологические методы исследования органов ЖКТ**

Использование рентгеновских лучей в диагностике основано на их способности проникать через ткани. Эта способность зависит от плотности органов и тканей, их толщины, химического состава. Поэтому проникаемость Rn-лучей различна и создает различную плотность теней на экране аппарата.

### ***Рентгенологическое исследование пищевода и желудка***

Цель: диагностика заболеваний пищевода и желудка.

Противопоказания: язвенные кровотечения.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
<b>ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ</b>	
1. Объяснить пациенту (членам семьи) ход и необходимость предстоящего исследования.	Психологическая подготовка
2. Объяснить, что подготовки к исследованию не требуется.	При вздутии кишечника вечером и утром можно поставить очистительную клизму.
3. Предупредить пациента, чтобы он явился в рентгенологический кабинет утром, в назначенное врачом время.	<i>В стационарных условиях:</i> проводить (или транспортировать) пациента в рентгенологический кабинет в назначенное время с направлением.
<b>ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
1. В рентгенологическом кабинете	В некоторых случаях доза контрастного вещества

пациент принимает внутрь взвесь сульфата бария в количестве 150-200 мл.	определяется врачом-рентгенологом.
2. Врач делает снимки.	
<b>ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
Доставить снимки лечащему врачу.	<i>В стационарных условиях:</i> необходимо провести пациента в палату, обеспечить наблюдение и покой.

## ***Ирригоскопия***

### ***(рентгенологическое исследование толстой кишки)***

Цель исследования: диагностика заболеваний толстого кишечника: определение формы, положения, состояния слизистой, тонуса и перистальтики отделов толстого кишечника.

Оснащение: см. постановку очистительной клизмы, кружка Эсмарха и 1,5 л взвеси бария сульфата (36-37°C).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
<b>ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ</b>	
1. Объяснить пациенту (членам семьи) ход и необходимость предстоящего исследования.	Психологическая подготовка.
2. Объяснить ход и смысл предстоящей подготовки к исследованию: <ul style="list-style-type: none"> <li>• исключить из питания газообразующий продукты (овощи, фрукты, молочные, дрожжевые продукты, черный хлеб, фруктовые соки) за 2-3 дня до исследования;</li> <li>• рекомендовать пациенту фортранс или 30-60 мл касторового масла в течении 3х дней до исследования</li> <li>• сказать пациенту принимать сорбенты 3 дня до исследования</li> <li>• поставить по две очистительные клизмы – вечером накануне исследования и утром, с интервалом в 1 час;</li> </ul>	Обучить пациента подготовке к исследованию. Это необходимо для профилактики вздутия кишечника (метеоризма) и получения достоверного результата.
3. Проводить пациента в рентгенологический кабинет к назначенному времени.	Последняя очистительная клизма ставится за 2 часа до исследования.
<b>ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
1. Ввести с помощью клизмы взвесь бария сульфата (36-37°C) до 1,5 л, приготовленного в рентген кабинете.	Предупредить пациента об изменении цвета кала и трудном опорожнении кишечника.
2. Делается серия снимков.	
<b>ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	



Доставить снимки лечащему врачу.	<i>В стационарных условиях:</i> необходимо провести пациента в палату, обеспечить наблюдение и покой.
----------------------------------	---

**Фиброгастродуоденоскопия**  
(эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки)

Цель исследования: визуальное определение патологии этих органов, биопсия пораженной ткани и оценка эффективности лечения.

Оснащение: стерильный фиброскоп, полотенце; (см. алгоритм «Промывание желудка»).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
<b>ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ</b>	
1. Обучить пациента подготовке к исследованию и провести беседу о цели, ходе и безвредности процедуры:	Убедиться в правильности понятой информации.
2. Исключить накануне утром прием пищи, воды, лекарственных препаратов, не курить, не чистить зубы.	Промыть желудок за 1,5-2 часа до исследования (при скоплении слизи – по назначению врача).
3. Взять с собой полотенце.	Исключение дискомфорта, связанного с саливацией (слюнотечением).
4. Предупредить, что нельзя разговаривать и глотать слюну во время исследования.	
5. Явиться в эндоскопический кабинет утром в назначенное время.	<i>В стационарных условиях:</i> проводить пациента в эндоскопический кабинет с историей болезни.
<b>ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
1. Уложить пациента на стол на левый бок с согнутыми ногами, грудь укрыть полотенцем.	Создается необходимое положение тела пациента.
2. Врач вводит гастродуоденоскоп через рот, медицинская сестра ассистирует.	
<b>ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
1. Предупредить пациента, чтобы он не принимал пищу в течение 1-2 часов.	<i>В стационарных условиях:</i> провести пациента в палату; обеспечить наблюдение и покой.
2. Провести дезинфекцию эндоскопа, инструментов, перчаток.	Дезинфекцию и стерилизацию эндоскопа, инструментов, перчаток проводят по специальным инструкциям.

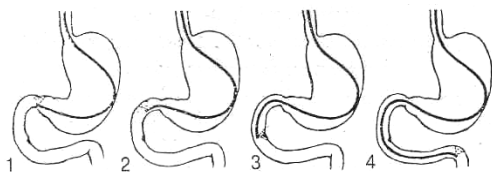


Рис. . Схема ЭГДФС:  
1 – прохождение привратника; 2 – введение прибора в нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки; 3, 4 - осмотр

## Ректороманоскопия

### (эндоскопическое исследование прямой и сигмовидной кишки)

Цель исследования: визуальное исследование прямой и сигмовидной кишки.

Оснащение: стерильный гибкий ректоскоп (возможно применение жесткого эндоскопа).

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
<b>ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ</b>	
1. Обучить пациента подготовке к исследованию и провести беседу о цели, ходе и безвредности процедуры. Объяснить, что исследование проводит врач.	Убедиться в правильности понятой информации.
2. Поставить очистительную клизму вечером и утром за 1,5-2 часа до исследования.	См. алгоритм «Постановка очистительной клизмы».
3. Опорожнить мочевой пузырь непосредственно перед исследованием.	Исключить дискомфортное состояние.
4. Натощак, утром прийти в манипуляционный кабинет.	
<b>ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
1. Ввести гибкий ректоскоп в прямую кишку на 25-30 см в положении пациента на спине с приподнятыми и раздвинутыми нижними конечностями.	Жесткий ректоскоп – в коленно-локтевом положении пациента.
2. Извлечь ректоскоп после осмотра.	
<b>ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
Провести дезинфекцию ректоскопа, инструментов, перчаток.	<i>В стационарных условиях:</i> провести пациента в палату; обеспечить наблюдение и покой. Дезинфекцию и стерилизацию эндоскопа, инструментов, перчаток проводят по специальным инструкциям.

## Колоноскопия

### (эндоскопическое исследование толстой кишки)

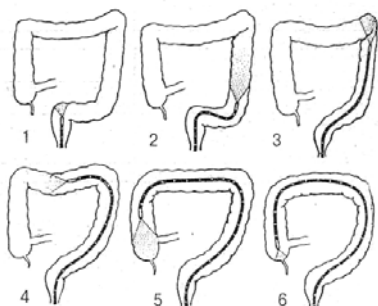


Рис. Техника колоноскопии:  
Колоноскоп проведен в начальную часть сигмовидной (1) и далее в нисходящую (2, 3), поперечную (4), восходящую (5), ободочную и слепую (6) кишки



Цель исследования: визуальное исследование высоко расположенных участков толстого кишечника.

Оснащение: стерильный колоноскоп.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
<b>ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ</b>	
1. Обучить пациента подготовке к исследованию; провести беседу о цели, ходе и безвредности процедуры.	Убедиться в правильности понятой информации.
2. За 3 дня до исследования рекомендуется бесшлаковая диета №4 (исключить молоко, сырые овощи и фрукты) и принимать сорбенты.	Профилактика газообразования
3. В течение 3 дней до исследования назначаются слабительные средства (фортранс, касторовое масло).	Толстый кишечник эффективно очищается.
4. Вечером, накануне исследования, необходимо сделать очистительную клизму.	
5. Натощак, в день исследования сделать очистительную клизму за 4 и 2 часа до исследования.	
6. Провести премедикацию по назначению врача за 20-30 минут до исследования.	Обезболивание процедуры
<b>ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
1. Исследования проводится врачом в положении лежа на левом боку.	Обеспечение удобного положения для процедуры
2. Провести анестезию области заднего прохода перед введением колоноскопа.	Применяется 3% дикаиновая мазь.
3. Врач проводит исследование.	
<b>ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
Провести дезинфекцию колоноскопа, инструментов, перчаток.	<p><i>В стационарных условиях:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• провести пациента в палату;</li> <li>• обеспечить наблюдение и покой.</li> </ul> <p>Дезинфекцию и стерилизацию эндоскопа, инструментов, перчаток проводят по специальным инструкциям.</p>

## 7. Зондовые манипуляции

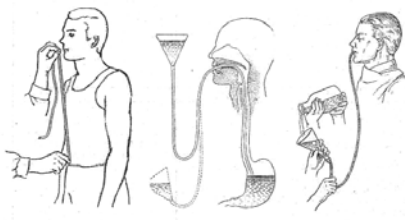
### Промывание желудка

**Цель:** лечебная и диагностическая.

**Оснащение:** система, состоящая из толстого желудочного зонда — 1м, резиновой трубки длиной 70 см (для удлинения зонда) и стеклянной трубки, соединяющей зонд и резиновую трубку, стеклянной воронки емкостью 1 л; вода комнатной температуры — 10 л в ведре; ковш; таз для промывных вод; спецодежда, фартуки клеенчатые — 2 шт. (для пациента и медицинской сестры); лотки; марлевые салфетки; емкость с дезинфицирующим раствором; сухая хлорная известь; перчатки латексные; полотенце.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
<b>ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ</b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Собрать систему.</li><li>2. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить ход процедуры, получить согласие на процедуру.</li><li>3. Убедиться, что нет противопоказаний к процедуре.</li><li>4. Измерить вводимую в желудок часть зонда – от резцов до пупка, добавив длину ладони пациента.</li><li>5. Усадить пациента на стул (спина плотно прилегает к спинке стула).</li><li>6. Снять зубные протезы у пациента (если они есть).</li><li>7. Голову пациента немного наклонить вперед.</li><li>8. Приставить таз к ногам пациента.</li><li>9. Надеть фартук на пациента.</li><li>10. Надеть перчатки и фартук на себя.</li></ol>	<p><i>Противопоказания:</i> кровотечение желудочное или из пищевода и желудка, инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения.</p>
<b>ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Встать справа от пациента и предложить ему открыть рот.</li><li>2. Смочить слепой конец зонда водой.</li><li>3. Взять зонд в правую руку на расстоянии 10 см от слепого конца, положить его конец на корень языка.</li><li>4. Ввести осторожно зонд в желудок до нужной метки.</li><li>5. Опустить воронку до уровня колен пациента (немного наклонив ее), чтобы содержимое желудка вылилось.</li><li>6. Наливая воду в воронку, заполнить ее водой по краю воронки.</li><li>7. Поднять медленно воронку вверх, чтобы вода достигла устья воронки.</li></ol>	<p>Пациент в это время делает глотательные движения и глубоко дышит через нос. При введении зонда необходимо осуществлять контроль свободного прохождения зонда в желудок.</p> <p>Количество воды, вводимой однократно, должно соответствовать 2/3 размера желудка, примерно 0,75л.</p> <p><i>Прекратить процедуру и вызвать врача, если в промывных водах появились прожилки крови!</i></p>

<p>8. Опустить воронку ниже уровня колен пациента и сливать содержимое желудка в таз.</p> <p>9. Повторить промывание несколько раз, до получения чистых промывных вод.</p>	
<b>ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Извлечь осторожно зонд из желудка пациента через полотенце.</li> <li>2. Поместить зонд воронкой в емкость с дезинфицирующим раствором или кастрюлю для кипячения.</li> <li>3. Дать пациенту прополоскать рот, обтереть салфеткой вокруг рта.</li> <li>4. Обеспечить пациенту физический и психический покой.</li> <li>5. Отправить промывные воды из первой порции (около 200 мл) на исследование в бактериологическую лабораторию.</li> <li>6. Провести дезинфекцию промывных вод в емкости (засыпать сухой хлорной известью из расчета 1:5).</li> <li>7. Обработать изделия медицинского назначения, предметы ухода, перчатки в емкости с дезинфицирующим раствором, сменить спецодежду.</li> </ol>	<p>По назначению врача.</p> <p>Дезинфекция проводится согласно действующим приказам.</p>



*Рис. Промывание желудка*

### Дуоденальное зондирование

**Цель:** диагностическая, лечебная.

**Оснащение:** стерильный дуоденальный зонд с метками через каждые 10 см (9 меток), шприц 20 мл для однократного применения, зажим, почкообразный лоток, не менее 5—6 пробирок, полотенце, салфетка, резиновые перчатки, направление в лабораторию, грелка, мягкий валик или подушка, штатив для пробирок, низкая скамейка, один из стимуляторов для получения желчи из желчного пузыря: 25—50 мл 33% р-ра магния сульфата или 40% р-ра глюкозы (ксилит, сорбит), или растительное масло 40 мл; стакан с теплой водой для сохранения желчи в теплом виде, с целью определения в ней простейших.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ	

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Установить доверительные отношения, объяснить ход и цель процедуры, получить согласие.</li> <li>2. Подготовить пациента за 3 дня до исследования: <ul style="list-style-type: none"> <li>• исключать продукты, вызывающие метеоризм;</li> <li>• применять на ночь грелку на область правого подреберья.</li> <li>• выпивать на ночь ежедневно стакан очень сладкого чая.</li> </ul> </li> <li>3. Предложить пациенту легкий ужин накануне вечером, не позднее 19 часов.</li> <li>4. Исследование проводится утром натощак.</li> </ol>	<p>Назначается диета №4.</p> <p>Если дуоденальное зондирование проводится с целью обнаружения лямблий или повторно, то грелка на ночь не применяется.</p> <p>Если нет сахарного диабета.</p> <p>Утром, в день исследования, нельзя есть, пить, принимать лекарственные средства, курить.</p>
<b>ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ввести зонд обычным способом.</li> <li>2. Предложить пациенту заглатывать зонд до первой метки (примерно 45 см), на свободный конец зонда наложить зажим.</li> <li>3. Уложить пациента на кушетку на правый бок без подушки, с согнутыми в коленях ногами.</li> <li>4. Подложить под таз пациента валик или подушку, а под правое подреберье – грелку, завернутую в полотенце.</li> <li>5. Предложить пациенту заглатывать зонд до 7-8 метки.</li> <li>6. Опустить конец зонда в пробирку, когда он продвинется до 9-й метки, снять зажим, начнет выделяться золотисто-желтое прозрачное, вязкое содержимое щелочной реакции.</li> <li>7. Наложить на конец зонда зажим, уложить пациента на спину.</li> <li>8. Ввести теплый раствор 33% магния сульфата — 25-50 мл (раздражителя) через зонд, используя шприц как воронку.</li> <li>9. Наложить зажим на свободный конец зонда на 10-20 минут.</li> <li>10. Предложить пациенту снова лечь на правый бок.</li> <li>11. Опустить конец зонда в следующую пробирку, снять зажим — начнет поступать темная прозрачная, более вязкая желчь.</li> <li>12. Переместить конец зонда в другую пробирку, как только появится прозрачная, светлая, лимонно-желтая, менее вязкая желчь.</li> </ol>	<p>Зонд продвигается в желудок.</p> <p>Пациент может сидеть или ходить. Можно удалить содержимое желудка шприцем, присоединенным к зонду.</p> <p>Продолжительность введения зонда 40-60 мин. Зонд попадет в 12-престную кишку.</p> <p>Это порция А.</p> <p>Можно собрать 2-3 пробирки порции А по 10-15 мл. В лаборатории исследуют истинную порцию А, без примеси желудочного сока. Пробирки помещаются в стакан с теплой водой.</p> <p>Доза определяется врачом.</p> <p>Это порция Б из желчного пузыря. Собрать 10-15 мл для исследования.</p> <p>Это порция С из желчных протоков печени. Собрать 10-15 мл.</p>
<b>ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	

1. Извлечь осторожно зонд обычным способом.	Согласно действующим приказам.
2. Провести дезинфекция зонда и использованных предметов.	
3. Отправить порции в клиническую лабораторию.	

## Ацидометрия

**Цель:** исследование желудочной секреции в физиологических условиях.

**Оснащение:** аппарат (ацидогастрометр интраоперационный АГМИ-01) с тремя тонкими зондами, пробирки, индивидуальное полотенце, лоток, салфетка.

**Основные преимущества метода:** физиологичность и индивидуальный подбор стимулятора, что повышает объективность исследования; сокращение затрат времени, так как одновременно можно провести три исследования.

ЭТАПЫ	ПРИМЕЧАНИЯ
<b>ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ</b>	
1. Объяснить пациенту, что исследование проводится утром натощак. 2. Провести проверку работоспособности аппарата: <ul style="list-style-type: none"> <li>• прогреть в течение 10 минут;</li> <li>• провести калибровку по стандартным буферным растворам с заданными показателями рН.</li> </ul>	Далее подготовку осуществлять, как при фракционном исследовании.
<b>ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
1. Ввести зонд обычным способом. 2. Определить реакцию желудочного (базального) сока натощак. 3. Определять реакцию желудочного сока в течение одного часа каждые 15 минут. 4. Провести стимуляцию желудочного сока в зависимости от базальной секреции. 5. Через 30-40 минут снять показатели стимулированной секреции в течение одного часа каждые 15 минут.	Оценка показателей: 0-15 – гиперацидность 1,6-2,0 – нормаацидность 2,1-5,9 – гипоацидность 6,0 и более – анацидность При нормаацидности и сниженной базальной секреции применяется гистамин подкожно. доза определяется врачом. Оценка показателей: 0-1,2 – гиперацидность 1,2-2,0 – нормаацидность 2,1-3,0 – гипоацидность 3,1-5,0 – сниженная реакция Более 5,0 - анацидность
<b>ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ</b>	
1. Извлечь зонд из желудка обычным способом. 2. Провести дезинфекцию зонда и использованных предметов.	Согласно действующим приказам.



*Рис. Аппарат для проведения ацидометрии*

## **8. Лечебные диеты, назначаемые при заболеваниях желудка и кишечника**

### **ДИЕТА №1**

Показания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки стадии, затихающего обострения и в стадии ремиссии, хронический гастрит с сохраненной и повышенной секрецией в стадии затихающего обострения, острый гастрит в стадии затихания.

Общая характеристика: физиологическое содержание белков, жиров и углеводов, ограничение поваренной соли, умеренное ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ, стимуляторов желудочной секреции, веществ, длительно задерживающихся в желудке.

Кулинарная обработка: все блюда готовят в протёртом отварном виде или на пару допускают отдельные блюда в запечённом виде.

Энергетическая ценность: 2600-2800 ккал (10886-11723 кДж).

Состав: белков 90—100 г, жиров 90 г (из них 25 г растительного происхождения), углеводов 300—400 г, свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли 6 г.

Масса суточного рациона: 2,5—3 кг.

Режим питания: дробный (5—6 раз в сутки).

Температура пищи: горячих блюд 57—62°C, холодных не ниже 15°C.



## **ДИЕТА № 1а**

Показания: обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в первые 10-14 дней, острый гастрит в первые дни заболевания, обострение хронического гастрита (с сохранённой и повышенной кислотностью) в первые дни заболевания.

Общая характеристика: физиологическое содержание белков и жиров, ограничение углеводов, резкое ограничение химических и механических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ.

Кулинарная обработка: все продукты отваривают, протирают или готовят на пару, блюда жидкой или кашицеобразной консистенции.

Энергетическая ценность: 1800 ккал (7536 кДж).

Состав: белков 80 г, жиров 80 г (из них —20 г растительных), углеводов 200 г, свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли -8 г.

Масса суточного рациона: 2—2,5 кг.

Режим питания: дробный (6—7 раз в сутки).

Температура пищи: горячих блюд 57—62 °С, холодных не ниже 15°С.

## **ДИЕТА № 1б**

Показания: обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в последующие 10—14 дней, острый гастрит и обострение хронического гастрита в последующие дни.

Общая характеристика: физиологическое содержание белков, жиров и ограничение углеводов, значительно ограничены химические и механические раздражители слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ.

Кулинарная обработка: все блюда готовят в протёртом отварном виде или на пару, консистенция блюд жидкая или кашицеобразная.

Энергетическая ценность: 2600 ккал (10886 кДж).

Состав: белков 90 г, жиров 90 г (из них 25 г растительного жира), углеводов 300 г свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли 6—8 г.

Масса суточного рациона: 2,5-3 кг.

Режим питания: дробный (5—6 раз в сутки).

Температура пищи: горячих блюд 57-62, холодных не ниже 15° С.

## **ДИЕТА №2**

Показания: острые гастриты, энтериты и колиты в период обострения, хронические гастриты с секреторной недостаточностью, энтериты, колиты в период ремиссии без сопутствующих заболеваний печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Общая характеристика: физиологически полноценная, богатая экстрактивными веществами диета, с рациональной кулинарной обработкой продуктов, за исключением продуктов и блюд, долго задерживающихся в желудке, трудноперевариваемых, раздражающих слизистую оболочку и рецепторный аппарат ЖКТ; оказывает стимулирующее действие на секреторный аппарат желудка, способствует компенсаторно-приспособительным реакциям пищеварительной системы, предотвращает развитие болезни.

Кулинарная обработка: блюда с различной степенью измельчения и разнообразной тепловой обработкой (отваривание, запекание, обжаривание без панировки).

Энергетическая ценность: 2800-3100 ккал (11723-12 979 кДж).

Состав: белков 90-100 г, жиров 90-100 г, углеводов 400-450 г свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли до 10-12 г.

Масса суточного рациона: 3 кг.

Режим питания: дробный (4-5 раз в сутки).

Температура пищи: горячих блюд 57-62°С, холодных не ниже 15°С.

## **ДИЕТА №2а**

Показания: острые гастриты, энтериты и колиты в период обострения как переход к рациональному питанию, хронические гастриты с секреторной недостаточностью, энтериты, колиты в период стойкой ремиссии без

сопутствующих заболеваний печени, желчевыводящей системы, поджелудочной железы, гастриты с сохраненной секрецией.

Общая характеристика: физиологическое содержание белков, жиров и углеводов, ограничение поваренной соли, умеренное ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ, стимуляторов желудочной секреции, веществ, длительно задерживающихся в желудке.

Кулинарная обработка: все блюда готовят в варёном виде или на пару, протёртыми; грубые сорта мяса и рыбы разрешают употреблять куском, не протирая, допускают отдельные блюда в запечённом виде без грубой корки; свободная жидкость до 1,5 л. поваренная соль 8—10 г.

Режим питания: 4—5 раз в сутки.

### **ДИЕТА №3**

Показания: хронические заболевания кишечника с преобладанием синдрома дискинезии (запоры) в период нерезкого обострения и ремиссии, а также при сочетании этих заболеваний с поражением желудка, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Общая характеристика: диета физиологически полноценная, с Повышенным введением механических и химических стимуляторов моторной функции кишечника, с исключением продуктов и блюд, усиливающих процессы брожения и гниения в кишечнике, и сильных стимуляторов жёлчеотделения, секреции желудка и поджелудочной железы, веществ, отрицательно влияющих на функциональное состояние печени и органов жёлчеотделения (продукты, богатые эфирными маслами, холестерином, продукты расщепления жира, получающиеся при жаренье, - альдегиды и акролеины).

Кулинарная обработка: пища в неизмельчённом виде, приготовленная на пару, отварная, овощи и фрукты в сыром и варёном виде.

Энергетическая ценность: 2900-3300 ккал (12142-13816 кДж).

Состав: белков 100-120 г, жиров 100-110 г, углеводов 400-450 г свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли 8-10 г.

Масса суточного рациона: 3 кг.

Режим питания: дробный (5-6 раз в сутки).

Температура пищи: горячих блюд 57-62 °С, холодных не ниже 15° С.

#### **ДИЕТА №4**

Показания: острые и хронические заболевания кишечника в период профузной диареи и резко выраженных диспепсических явлений.

Общая характеристика: ограничение жиров, углеводов до нижней границы физиологической нормы и нормальным содержанием белков, ограничение соли, резкое ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ с исключением продуктов и блюд, усиливающих процессы брожения и гниения в кишечнике, а также сильных стимуляторов жёлчеотделения, секреции желудка и поджелудочной железы, веществ раздражающих печень.

Кулинарная обработка: блюда готовят в варёном виде или на пару, протёртыми.

Энергетическая ценность: около 2000 ккал (8336 кДж).

Состав: белков 90-100 г, жиров 70 г, углеводов 250 г, свободной жидкости 1,5-2 л, поваренной Соли 6-8 г.

Масса суточного рациона - 3 кг.

Режим питания: дробный (5-6 раз в сутки).

Температура пищи: горячих блюд 57-62°С, холодных не ниже 15°С.

#### **ДИЕТА № 4а (аглютеновая)**

Показания: глютенная энтеропатия, целиакия, идиопатическая стеаторея.

Общая характеристика: полное исключение злаков (хлеб, макаронные и мучные изделия, манная крупа), физиологически полноценная, с повышенным содержанием белка и солей кальция; соблюдают принцип механического и

химического щажения ЖКТ, исключают продукты и блюда, увеличивающие бродильные процессы, ограничивают вещества, стимулирующие секрецию желудка, поджелудочной железы, продукты, неблагоприятно влияющие на функциональное состояние печени.

Кулинарная обработка: все блюда готовят на пару или в варёном виде, пищу дают в протёртом виде (в периоды диареи) или без специального измельчения (при нормализации стула).

Энергетическая ценность: 3000-3200 ккал.

Режим питания: 6 раз в сутки.

Температура горячих блюд 57-62° С, холодных не ниже 15° С.

### **ДИЕТА №4б**

Показания: острые и хронические заболевания кишечника в период обострения, а также при сочетании их с поражением желудка, печени и желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Общая характеристика: физиологически полноценная, нормальное содержание белков, жиров, углеводов, ограничение поваренной соли (границы физиологической нормы (8-10г), умеренное ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ, исключение продуктов и блюд, усиливающих процессы брожения и гниения в кишечнике, а также сильных стимуляторов желчеотделения, секреции желудка, поджелудочной железы, веществ, раздражающих печень.

Кулинарная обработка: все блюда готовят в вареном виде или на пару, протертыми.

Энергетическая ценность: 2800-3170 ккал (13200-13272 кДж).

Состав: белков 100-110г, жиров 90-100г, углеводов 400-450г, свободной жидкости 1,5л, поваренной соли 8-10г.

Масса суточного рациона: около 3 кг.

Режим питания: дробный (5-6 раз в сутки).

Температура пищи: горячих блюд 57-62 °С, холодных не ниже 15 °С.

## **ДИЕТА №4в**

Показания: острые заболевания кишечника в период выздоровления, переход к общей диете, хронические заболевания кишечника в период ремиссии, при сочетании этих заболеваний с поражением желудка, печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

Общая характеристика: физиологически полноценная, нормальное содержание белков, жиров, углеводов, ограничение поваренной соли до верхней границы физиологической нормы (8-10г), умеренное ограничение механических и химических раздражителей слизистой оболочки и рецепторного аппарата ЖКТ, исключение продуктов и блюд, усиливающих процессы брожения и гниения в кишечнике, а также сильных стимуляторов желчеотделения, секреции желудка, поджелудочной железы, веществ, раздражающих печень.

Кулинарная обработка: все блюда готовят в вареном виде или на пару, а также запекают в духовке, преимущественно в измельченном виде.

Энергетическая ценность: 2900-3200 ккал (12142-13398 кДж).

Состав: белков 100-110г, жиров 100-110г, углеводов 400-450г, свободной жидкости 1,5 л, поваренной соли до 8-10г.

Масса суточного рациона: около 3кг.

Режим питания: дробный (5-6 раз в сутки).

Температура пищи: горячих блюд 57-62°C, холодных не ниже 15°C.

## **ДИЕТА №4п**

Показания: хронические заболевания кишечника с сопутствующим панкреатитом в стадии обострения.

**Приказ Минздрава России №330 05.08.2003г «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации»**

**Новая номенклатура диет (система стандартных диет)**

№ п/п	Варианты стандартных диет	Обозначения стандартных диет в документации пищеблока	Ранее применявшиеся диеты номерной системы
1.	Основной вариант стандартной диеты: Суточная норма белка 85,0-90,0г Белок пищевых продуктов 80% Белковые смеси 20%	ОВД	1,2,3,5,6,7,9,10, 12,13,14,15
2.	Вариант диеты с механическим и химическим щажением (щадящая диета): Суточная норма белка 80,0-90,0г Белок пищевых продуктов 50-80% Белковые смеси 50-20%	ЩД	1б,4б,4в,5п (1 вариант)
3.	Вариант диеты с повышенным количеством белка (высокобелковая): Суточная норма белка 110,0-120,0г Белок пищевых продуктов 80% Белковые смеси 20%	ВД	4а,4г, 5(II вариант), 7в,7г,9,10б, 11,Р-I,Р-II
4.	Вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковая): Суточная норма белка 20,0-60,0г Белок пищевых продуктов 10% Белковые смеси 90%	НБД	7б,7а
5.	Вариант диеты с пониженной калорийностью (низкокалорийная): Суточная норма белка 70,0-80,0г Белок пищевых продуктов 80% Белковые смеси 20%	НКД	8,8а,8б,9а,10с

**9. Нормативные показатели желудочного сока, кала, желчи**

**Исследование желудочного сока**

Показатель	Количество
Количество, л/сут	2-3
Относительная плотность	1005
Реакция рН	1,6-2,0
Желудочное содержимое натошак, количество/мл	5-40
Базальная секреция: количество содержимого 4 порций, натошак, мл (60 мин)	50-110
Общая кислотность, моль/л	40-60

Соляная кислота, моль/л: свободная	20-40
связанная	10-20
Дебит-час соляной кислоты, моль/ч: общей	1,5-5,5
свободной	1,0-4,0

### Исследование дуоденального зондирования в норме

Показатель	Фазы секреции		
	Желчь А, дуоденальная желчь	Желчь В, пузырная желчь	Желчь С, печеночная желчь
Продолжительность, мин	10-15	20-30	До 30
Количество, мл	10-20	30-60	-
Плотность	1,008-1,012	1,016-1,034	1,007-1,010
Прозрачность	Слегка опалесцирует	Прозрачная	Прозрачная
Цвет	Золотисто-желтый	Коричневый, оливковый	Светло-лимонный
Микроскопия	Лейкоциты и эпителиальные клетки - единичные в поле зрения	Лейкоциты до 10 в поле зрения	Лейкоциты и эпителиальные клетки - единичные в поле зрения

### Копрологическое исследование в норме

Показатель	Характеристика
Количество за сутки	100-250г
Консистенция	Оформленный (мягкий и плотный)
Форма	Цилиндрическая
Цвет	Коричневый
Реакция	Нейтральная или слабощелочная
Слизь, кровь	Отсутствуют
Мышечные волокна	Отсутствуют или встречаются отдельные переваренные волокна, потерявшие исчерченность
Соединительная ткань	Отсутствует
Нейтральный жир	Отсутствует
Жирные кислоты	Отсутствует
Мыла	Незначительное количество
Растительная клетчатка: перевариваемая /неперевариваемая	Единичные клетки или клеточные группы. Содержится в разных количествах
Крахмал	Отсутствует
Иодофильная флора	Отсутствует
Слизь, эпителий, оксалаты	Отсутствует
Лейкоциты	Единичные в препарате