

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом ДПО

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Основы сестринского дела
Специальность	34. 03. 01 - Сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025
Тема 12.	Сестринский процесс при заболеваниях органов пищеварения

г. Ставрополь, 2025 г.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Основы сестринского дела»:

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, к.м.н.



Шिशалова Т.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор



Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело 2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО

Декан факультета гуманитарного и медико-биологического образования



Шिशалова Т.Н.



Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Основы сестринского дела» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1.Цель** Ознакомить обучающихся с сестринским уходом при заболеваниях органов пищеварения.
- 2.Учебные вопросы**
- 1.Функции желудочно-кишечного тракта.
 - 2.Основные симптомы заболеваний (боль в животе, тошнота, рвота, изжога, отрыжка, метеоризм, диарея).
 - 3.Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов пищеварения (общие и специальные мероприятия).
 - 4.Доврачебная помощь

3. Теоретическая часть

Гастроэнтерологией (греч. *gaster* - желудок, *enteron* - кишечник, внутренности, *logos* - учение) называют раздел внутренних болезней, изучающий этиологию, патогенез и клинические проявления заболеваний органов пищеварения и разрабатывающий методы их диагностики, лечения и профилактики. Пищеварительная система человека (лат. *systema digestorium*) осуществляет переваривание пищи путём её физической и химической обработки, всасывание продуктов расщепления через слизистую оболочку в кровь и лимфу и выведение не переработанных остатков.

Условно выделяют три отдела пищеварительной системы (рис. 1). Передний отдел включает органы ротовой полости, глотку и пищевод. Здесь осуществляется, в основном, механическая переработка пищи. Средний отдел состоит из желудка, тонкой и толстой кишок, печени и поджелудочной железы. В этом отделе осуществляется преимущественно химическая обработка пищи, всасывание продуктов её расщепления и формирование каловых масс. Задний отдел представлен каудальной частью прямой кишки и обеспечивает выведение кала из организма.

Наблюдение и уход за пациентами с заболеваниями органов пищеварения должны проводиться в двух направлениях.

Общие мероприятия - мероприятия по наблюдению и уходу, в которых нуждаются пациенты с заболеваниями различных органов и систем: наблюдение за общим состоянием больного, термометрия, наблюдение за пульсом и АД, заполнение температурного листа, обеспечение личной гигиены больного, при необходимости подача судна и др.

Специальные мероприятия - мероприятия по уходу и наблюдению, за больными с симптомами, характерными для заболеваний органов пищеварения: боль в области живота, тошнота, рвота, отрыжка и др.

Функции пищеварительной системы

Двигательная (моторная) функция органов пищеварения заключается в перемещении пищи по пищеводу, желудку, тонкой и толстой кишке и выведении из организма непереваренных остатков пищи. Переваривание пищи в желудке происходит в течение 2-4 ч., но иногда и дольше в зависимости от характера пищи. Мышцы стенки желудка, сокращаясь, перемешивают пищу с желудочным соком. Мускулатура привратника периодически расслабляется, и пища отдельными порциями поступает в двенадцатиперстную кишку, где продолжают процессы пищеварения - перемешивание её с пищеварительными соками и продвижение по кишечнику. Двигательная функция кишечника в основном выражается маятникообразными движениями, благодаря которым пища перемешивается, и перистальтическими движениями, продвигающими кишечное

содержимое к толстой кишке. Передвижение содержимого по тонкой кишке совершается 3-4 ч, по толстой - 17-24 ч.

Секреторная функция органов пищеварения заключается в выработке железистыми клетками пищеварительных соков: слюны, желудочного сока, сока поджелудочной железы, кишечного сока, желчи. Соки содержат ферменты, расщепляющие белки, жиры, углеводы на более простые химические соединения - аминокислоты, глицерин, жирные кислоты и моносахара. Минеральные соли, витамины, вода поступают в кровь в неизменённом виде.

Основной составной частью желудочного сока являются соляная кислота и пепсин, с помощью которых происходит переваривание белков. В двенадцатиперстную кишку поступает сок поджелудочной железы (объёмом до 1,5 л/сут.), в состав которого входят ферменты (трипсин, липаза и др.), участвующие в переваривании всех видов пищевых веществ - белков, жиров и углеводов.

Из печени в двенадцатиперстную кишку поступает желчь (до 1 л/сут.), при участии которой происходит переваривание жиров. Кишечные ферменты синтезируются в слизистой оболочке тонкой кишки (преимущественно в энтероцитах). В пищеварении принимают участие около 20 кишечных ферментов (дисахаридазы, аминопептидазы, щелочная фосфатаза, нуклеаза, липаза, лактаза и др.).

Всасывательная функция осуществляется слизистой оболочкой желудка и особенно кишечника. В желудке в небольшом количестве всасываются вода и некоторые растворённые в ней вещества (соль, сахар и др.). Растворённые питательные вещества (аминокислоты, моносахариды, жирные кислоты) всасываются в основном слизистой оболочкой тонкой кишки и поступают в кровеносную и лимфатическую систему. В толстой кишке всасывается оставшаяся часть воды и электролитов и происходит формирование каловых масс.

Выделительная (эксреторная) функция осуществляется путем выведения из организма продуктов обмена - желчных пигментов, мочевины, аммиака, солей тяжелых металлов, лекарственных веществ. В желудке выделяются некоторые ядовитые вещества, алкоголь; при нарушении азотовыделительной функции почек (уремии) слизистая оболочка желудка начинает выделять мочевину и мочевую кислоту. Слизистая оболочка кишечника выделяет соли кальция, железа, ртути, при уремии - мочевину и мочевую кислоту.

Нормальная микробная флора кишечника и ее роль в физиологии человека

Нормальная микробная флора тонкой кишки. В тощей кишке здоровых людей среда может быть стерильной, хотя чаще в верхних отделах обнаруживают стрептококки, стафилококки, молочно - кислые палочки, другие грамположительные аэробные бактерии и грибы. Общее количество бактерий в тощей кишке не превышает натошак 10^4-10^5 в 1 мл кишечного содержимого. В дистальном отделе подвздошной кишки количество микробов увеличивается до 10^7-10^8 , появляются и анаэробные бактерии.

Все микробы толстой кишки подразделяются на три группы: главную (бифидобактерии и бактероиды), составляющую 70% всех бактерий, сопутствующую (молочно - кислые и кишечные палочки, энтерококки) и остаточную (стафилококки, грибы, протей).

Физиологическая роль кишечной микрофлоры. Микробная флора необходима для жизнедеятельности макроорганизма. Кишечные палочки, энтерококки,

бифидобактерии и ацидофильные палочки обладают выраженными антагонистическими свойствами. В условиях нормально функционирующего кишечника они способны подавлять рост не свойственных нормальной микрофлоре микроорганизмов.

Нормальная микрофлора толстой кишки принимает участие в выработке иммунитета. Токсические вещества, образующиеся в кишечнике в процессе микробного метаболизма (кадаверин, гистамин и другие амины), выводятся с мочой и в норме не оказывают обычно существенного влияния на организм.

Под влиянием ферментов микрофлоры в дистальных отделах подвздошной кишки происходят различные процессы превращения желчных кислот: деконъюгация, преобразование первичных желчных кислот, синтезированных в печени, во вторичные желчные кислоты.

Основные симптомы заболеваний органов желудочно-кишечного тракта

Боль в животе

Боль в животе возникает вследствие спазма, растяжения мышц и нарушения моторной функции органа.

По механизму возникновения выделяют боли:

1) висцеральные – возникают при нарушении моторики желудка, кишечника, желчного пузыря; могут иррадиировать в различные участки тела:

- в результате спазма гладких мышц внутренних органов (колика) – приступ резких схваткообразных болей, купирующийся спазмолитиками;

- в результате растяжения гладких мышц внутренних органов – боли тупые или ноющие, без определенной локализации; спазмолитики неэффективны;

2) соматические (перитонеальные) – возникают при раздражении париетального листка брюшины; четко локализованы, постоянные, острые, усиливаются при движении и дыхании, сопровождаются напряжением мышц передней брюшной стенки.

Локализация болей может указывать на пораженный орган. По характеру боль может быть острая, тупая, давящая, ноющая, приступообразная, постоянная. Условия появления и облегчения боли зависят от механизма ее возникновения. Обязательно устанавливают связь боли с приемом пищи: при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) появление боли зависит от приема пищи, при поражении кишечника – нет.

В зависимости от времени возникновения боли после приема пищи выделяют:

- ранние боли – через 30-40 мин после еды (поражение кардиального отдела и тела желудка);

- поздние боли – через 1,5-2 часа после еды (поражение антрального отдела желудка, заболевания желчного пузыря, поджелудочной железы);

- голодные боли – проходят после приема пищи (язвенная болезнь ДПК);

- ночные боли – возникают в ночное время (язвенная болезнь ДПК).

Сезонный характер возникновения болей (весна-осень) характерен для язвенной болезни желудка и ДПК.

Боли при гастроэнтерологических заболеваниях могут сопровождаться различными диспепсическими явлениями.

При болях в животе нельзя применять обезболивающие средства, слабительные препараты, клизму и грелку до тех пор, пока врачом не будут выяснены причины болей, т.к. это может затруднить диагностику и причинить вред больному.

Решение о проведении тех или иных лечебных мероприятий в связи с наличием болей в животе должен принимать врач!

Кишечная колика - короткие, частые, внезапно начинающиеся, схваткообразные приступы болей, которые ощущаются в разных отделах кишечника, сопровождаются метеоризмом и облегчаются после отхождения газов. Тенезмы - болезненный и частый позыв на дефекацию с выделением небольшого количества слизи, свидетельствующий о наличии воспалительного процесса в прямой кишке.

«Острый живот» - внезапное появление сильной боли в животе, сопровождающейся тошнотой, рвотой, вздутием живота, отсутствием стула, напряжением мышц брюшной стенки («доскообразный живот»).

Первая доврачебная помощь:

1. срочно вызвать врача;
2. уложить пациента в постель;
3. запретить прием пищи и жидкости.

При заболеваниях органов пищеварения больные предъявляют жалобы на боли в области живота, тошноту, рвоту, отрыжку, изжогу, расстройство аппетита, запор, диарею, метеоризм и др.

Боль в области живота - один из наиболее частых и важных симптомов, свидетельствующих о заболеваниях органов системы пищеварения. Различают так называемые перитонеальные и висцеральные боли в области живота.

Перитонеальные боли возникают при вовлечении в болезненный процесс брюшины, покрывающей органы пищеварения. Такие боли обычно постоянные, острые, режущие, усиливаются при перемещении тела, сопровождаются сильным напряжением брюшной стенки.

Висцеральные боли, развивающиеся при нарушении моторной функции пищеварительного тракта (спазм, растяжение, атония), имеют схваткообразный, ноющий, разлитой характер.

Болевые ощущения могут варьировать от слегка ощущаемого чувства дискомфорта до нестерпимых мучительных болей - колики. Колика (греч. kolikos - страдающий от кишечной боли) - приступ резких схваткообразных болей в животе, развивающийся чаще при заболеваниях органов брюшной полости.

Кишечная колика - короткие, частые, внезапно начинающиеся (схваткообразные) приступы болей, которые ощущаются в различных отделах кишечника, сопровождаются метеоризмом и облегчаются после отхождения газов. Особый вид кишечной колики - тенезмы (или прямокишечная колика, ректальная колика). Тенезмы (греч. teinesmos - тщетный позыв) - частые болезненные мучительные позывы на дефекацию с выделением небольшого количества слизи. Тенезмы обусловлены спазмом мускулатуры прямой кишки; их появление свидетельствует о наличии поражения последней (например, при дизентерии, проктите, опухоли прямой кишки, геморрое и др.).

Желчная колика (или печеночная колика) - основной симптом желчнокаменной болезни. Боль, как правило, локализуется в правом подреберье, иррадирует по всему животу, в правое плечо и межлопаточное пространство.

При панкреатической колике боль появляется в эпигастральной области, иррадирует в левое подреберье и левую лопатку.

Состояния, сопровождающиеся болью в области живота, подразделяют на две категории.

Не угрожающие жизни заболевания органов брюшной полости. Характерна «легкая» - терпимая больным боль, которая не сопровождается нарушением общего состояния больного; могут наблюдаться повышенное газообразование (метеоризм), тошнота, отрыжка. Причина этих нарушений переизбыток, избыточное употребление алкоголя, нарушение диеты - избыточное употребление жирной или острой пищи. При этом у больного нет повышенной температуры тела и жидкого стула.

Угрожающие жизни заболевания органов брюшной полости. Характерны внезапное появление сильной боли в животе, сопровождающейся тошнотой и/или рвотой, отсутствие стула (реже бывает диарея), вздутие живота, напряжение брюшной стенки («доскообразный живот»). Такое состояние обозначают термином «острый живот».

При болях в животе **не следует** применять обезболивающие средства, слабительные препараты, клизму и грелку до тех пор, пока врачом не будут выяснены причины их возникновения, так как эти вмешательства могут затруднить диагностику и даже причинить вред больному. Если у больного развились боли в животе, необходимо срочно вызвать врача, уложить пациента в постель и запретить ему прием пищи и жидкости.

Тошнота (лат. nausea) - тягостное ощущение в эпигастральной области, груди, глотке и полости рта, нередко предшествующее рвоте. Тошнота может сопровождаться слюнотечением, бледностью кожных покровов, слабостью, повышенным потоотделением, головокружением, снижением артериального давления, иногда полубморочным состоянием. В основе развития этого симптома лежит возбуждение рвотного центра.

Тошнота сопровождает многие заболевания органов пищеварения (хронический гастрит, рак желудка и др.). Однако она часто не связана с поражением желудочно-кишечного тракта, а является одним из симптомов интоксикации, в том числе лекарственной, при беременности, заболеваниях мочеполовой системы, невротических и т. д.

Рвота (греч. emesis) - непроизвольное извержение содержимого желудка (иногда вместе с содержимым кишечника) через рот (реже и через нос). Часто рвоте предшествует тошнота. В процесс формирования рвоты включаются следующие механизмы: сокращение выходного отдела желудка, сокращение диафрагмы и мышц брюшного пресса, повышение внутрибрюшного и внутрижелудочного давления, и в итоге - быстрый выброс содержимого желудка через пищевод в рот. Рвота обычно сопровождается бледностью, повышенным потоотделением, резкой слабостью, учащенным пульсом, снижением артериального давления.

Различают центральную и рефлекторную рвоту. Центральная рвота образуется вследствие раздражения «рвотного центра» непосредственно лекарственным, токсическим (почечная недостаточность), механическим (повышение внутричерепного давления) или психогенным путями. Рефлекторная рвота возникает вследствие раздражения «рвотного центра» нервными импульсами, идущими от пораженных внутренних органов.

Рвота может стать привычной рефлекторной реакцией в ответ на любой раздражитель, возникать при волнениях, эмоциях («психогенная», или «привычная» рвота).

При заболеваниях пищеварительных органов перед рвотой бывают тошнота, боль в животе. Рвота без тошноты характерна для поражений головного мозга (травма, опухоль и др.). Поздние боли, через 1,5-3 часа после еды или ночью, характерны для язвы двенадцатиперстной кишки. Утренняя рвота, перед завтраком, чаще свидетельствует о токсической причине (алкоголь) и о беременности. При сужениях пищевода рвотные массы почти полностью состоят из непереваренной пищи.

Рвота желчью, не приносящая облегчения и сопровождающаяся преходящей желтухой, нередко наступающая после приема жирной пищи, типична для заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы.

Рвота может ухудшить состояние больного, усилить обезвоживание организма и вызвать потерю электролитов. При нарушении сознания возможна аспирация больным рвотных масс, что может спровоцировать развитие воспаления легких (так называемой аспирационной пневмонии); обильная аспирация может вызвать асфиксию. Упорная изнурительная рвота нередко сопровождается надрывами слизистой оболочки желудка с развитием желудочного кровотечения (синдром Мэллори-Вейсса).

Аспирация (лат. aspiratio - вдыхание) - попадание в нижние дыхательные пути с током воздуха на вдохе жидкости или различных инородных тел. Аспирация проявляется резким кашлем, остро возникшей экспираторной одышкой (затруднением дыхания на вдохе), иногда - удушьем и потерей сознания.

Асфиксия (греч. asphyxia - буквально отсутствие пульса) - удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислого газа в крови и тканях.

Уход за больным при рвоте. Во время рвоты больной обычно сам инстинктивно принимает удобное положение. Если больной истощен или находится без сознания, следует придать ему положение полусидя или повернуть его набок, наклонив его голову вниз. Во избежание попадания рвотных масс в дыхательные пути больной не должен лежать на спине. Следует на пол подставить таз, а к углу рта поднести лоток или полотенце (рис.1).



Рис.1. Помощь больному при рвоте: а — в положении больного сидя; б — в положении больного лежа

После рвоты необходимо дать пациенту прополоскать рот водой (тяжелым больным следует очистить полость рта ватным тампоном, смоченным водой или слабым раствором натрия гидрокарбоната, калия перманганата), уложить в кровать, накрыть одеялом.

При наличии в рвотных массах примеси крови больного следует уложить в постель, подняв ножной конец кровати, срочно вызвать врача. До прихода врача на эпигастральную область можно положить пузырь со льдом. Следует оценить пульс (частота, наполнение) и измерить АД.

Сбор рвотных масс проводят при каждом эпизоде рвоты с целью определения их количества и состава с последующим лабораторным исследованием. Рвотные массы следует сохранять до прихода врача, который принимает решение об их направлении на лабораторное исследование.

Для обеззараживания рвотных масс емкости с крышкой следует засыпать сухой хлорной известью (200 г на 1 кг рвотных масс) и перемешать. Через час содержимое емкости необходимо вылить в канализацию.

Отрыжка (лат. eructatio) - внезапное непроизвольное, иногда звучное выделение через рот воздуха, скопившегося в желудке или пищеводе (отрыжка воздухом). Отрыжка может сопровождаться поступлением в рот небольшого количества желудочного содержимого (отрыжка пищей).

Отрыжку воздухом наблюдают при аэрофагии. Аэрофагия (греч. aëros - воздух, phagein - поглощать, есть) - заглатывание избыточного количества воздуха с последующим его отрыгиванием; ее наблюдают при быстром приеме пищи, ряде заболеваний ЖКТ, психических расстройствах. Отрыжка может сопровождаться привкусом во рту кислоты (при усилении секреции желудка, язвенной болезни) или горечи (при забросе желчи в желудок из двенадцатиперстной кишки), запахом тухлых яиц (при гастрите, стенозе привратника).

Изжога (лат. pyrosis) - болезненное ощущение жжения за грудиной или в эпигастральной области, нередко распространяющееся вверх до глотки, обусловленное забросом кислого желудочного содержимого в пищевод, а также спазмом гладкой мускулатуры пищевода. Причинами изжоги могут быть рефлюкс-эзофагит, заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Для устранения изжоги больному следует выдать назначенное врачом лекарство, оставить ему на ночь стакан молока, минеральной или кипяченой воды.

Метеоризм (греч. meteorismos - поднятие вверх) - вздутие живота в результате избыточного скопления газов в пищеварительном тракте и нарушения их выведения. Метеоризм проявляется распирающей схваткообразной болью, ощущением тяжести и распирающих в животе. Эти симптомы исчезают после отхождения газов. Больного беспокоят частое отхождение газов (более 20 раз в сутки), отрыжка, икота. При усиленной перистальтике кишечника появляется громкое урчание в животе, которое причиняет неудобство больному, нервирует его.

Основные причины метеоризма следующие:

- употребление продуктов, способствующих усиленному газообразованию в кишечнике, - молока, ржаного хлеба, капусты, картофеля, гороха, фасоли и др.;

- заболевания ЖКТ - состояния, сопровождающиеся аэрофагией: хронический колит, избыточный бактериальный рост, панкреатит, кишечная непроходимость и др.;
- парез кишечника - после операций на органах брюшной полости, а также при тяжелой патологии: инсульте, тромбозе брыжеечных сосудов и др.

Уход за больным с метеоризмом в первую очередь предполагает коррекцию диеты - исключение продуктов, употребление которых вызывает повышенное газообразование в кишечнике. По назначению врача больному дают активированный уголь 2-3 раза в день в порошке или таблетках, настой ромашки, отвар укропного семени.

1. Функции желудочно-кишечного тракта.

2. Основные симптомы заболеваний (боль в животе, тошнота, рвота, изжога, отрыжка, метеоризм, диарея).

3. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов пищеварения (общие и специальные мероприятия).

4. Доврачебная помощь

6. Тестовые задания

Вариант 1

1. Правила взятия кала для копрологического исследования:

- а) сбор кала проводят после самостоятельного акта дефекации;
- б) кал собирают в чистую сухую посуду;
- в) доставляют в лабораторию не позднее чем в течение 10 ч;
- г) допустимо хранение в холодильнике при температуре 3–4 °С.

2. Правила сбора кала на яйца глистов и лямблии состоят:

- а) ребенка высаживают на предварительно обработанный кипятком горшок;
- б) кал берут из разных порций деревянной или стеклянной палочкой и помещают в банку;
- в) кал берут трубочкой Циманна после акта дефекации из горшка;
- г) в лабораторию доставляют в течение 30 мин;
- д) соскоб на энтеробиоз переносят на предметное стекло в каплю 50% раствора глицерола.

3. Газоотведение предусматривает следующие правила:

- а) диаметр трубки — 10–15 мм;
- б) предварительную постановку очистительной клизмы;
- в) длина трубки не должна превышать 50 см;
- г) трубку оставляют на 20–30 мин;
- д) конец трубки помещают в воду.

4. Газоотводную трубку вводят в прямую кишку на глубину:

- а) 1–3 см;
- б) 3–5 см;
- в) 5–8 см;
- г) 8–12 см;
- д) 15–20 см.

5. Для очистительной клизмы используют:

- а) теплую воду (35 °С);
- б) воду комнатной температуры (20 °С);
- в) горячую воду (50 °С);
- г) холодную воду (10 °С).

6. При постановке очистительной клизмы детям первых 3 мес жизни разовый объем вводимой жидкости составляет:

- а) 50 мл;
- б) 100 мл;
- в) 150 мл;
- г) 200 мл.

7. При постановке очистительной клизмы детям от 3 мес до 1 года разовый объем вводимой жидкости составляет:

- а) 75–100 мл;
- б) 100–200 мл;
- в) 250–300 мл;
- г) 350–500 мл.

8. При постановке очистительной клизмы детям старше 1 года разовый объем вводимой жидкости берут из расчета на 1 год жизни:

- а) 50 мл;
- б) 100 мл;
- в) 200 мл;
- г) но не более 1 л.

Вариант 2

1. При постановке масляной клизмы перед использованием масло:

- а) подогревают до 25 °С;
- б) подогревают до 37 °С;
- в) вводят холодным;
- г) разводят водой;
- д) не разводят.

2. При постановке масляной клизмы разовый объем масла берут из расчета на 1 год жизни:

- а) 5 мл;
- б) 10 мл;
- в) 15 мл;
- г) 20 мл;
- д) но не более 80 мл.

3. При постановке масляной клизмы наконечник вводят в прямую кишку на глубину:

- а) 2–3 см;
- б) 5–7 см;
- в) 7–10 см;

г) 10–12 см;

д) 12–15 см.

4. При постановке лекарственных клизм используют раствор с температурой:

а) 15–20 °С;

б) 25–30 °С;

в) 38–40 °С;

г) 40–45 °С.

5. При постановке лекарственной клизмы разовый объем берут из расчета на 1 год жизни:

а) 5 мл;

б) 10 мл;

в) 15 мл;

г) но не более 50–75 мл.

6. При промывании желудка необходимо соблюдать следующую последовательность:

а) голову пациента прижимают к плечу;

б) медицинская сестра обертывает ребенка простыней;

в) ноги ребенка зажимает между своих ног мать;

г) раскрывают рот шпателем;

д) вводят зонд за корень языка;

е) присоединяют к наружному концу зонда воронку.

7. Количество жидкости для промывания желудка у детей после 1 года из расчета на 1 год жизни составляет:

а) 0,5 л;

б) 1 л;

в) 2 л;

г) но не более 10 л.

8. Последовательность действий при промывании желудка зондовым способом:

а) налить в воронку жидкость для промывания;

б) опустить воронку ниже уровня желудка и вылить содержимое;

в) поднимать воронку выше уровня желудка, пока вода не дойдет до устья воронки;

г) опустить воронку ниже уровня желудка.

9. При подготовке к ФЭГДС в день исследования ребенка:

а) не кормят до процедуры;

б) можно кормить;

в) не поят до процедуры;

г) можно поить.

7. Ответы на тесты

	В1	В2
1.	г	г
2.	г	б

3.	В	Г
4.	Г	Г
5.	б	В
6.	а	Г
7.	Г	б
8.	Д	а
9.		Г