

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

Методические рекомендации к практическим занятиям

Наименование дисциплины	Паллиативная сестринская помощь
Специальность	34.03.01 – сестринское дело
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2025

ТЕМА 7	Сестринская помощь при заболеваниях органов пищеварения. Сестринская помощь при заболеваниях мочеполовой системы
---------------	---

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Паллиативная сестринская помощь»

Разработаны:

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

Смирнова О.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 «Паллиативная сестринская помощь» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

- 1. Цель** Ознакомить обучающихся с сестринской помощью при заболеваниях органов пищеварения, при заболеваниях мочеполовой системы
- 2. Учебные вопросы**
1. Оказание сестринской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения.
 2. Уход за стомами.
 3. Оказание сестринской помощи больным с заболеваниями мочеполовой системы. Ведение пациентов с острой и хронической почечной недостаточностью
 4. Подготовка к инструментальным методам исследования.

3. Теоретическая часть

Для обеспечения качественной паллиативной помощи модель сестринской программы, должна обеспечить реализацию всех основных задач деятельности медицинской сестры и быть удобна для практического применения. Она должна включать в себя:

- Сестринскую документацию.
- Примерные сестринские вмешательства при физиологических проблемах пациента.
- Примерные сестринские вмешательства при психологических проблемах пациента и его родственников.
- Рекомендации по уходу за тяжелобольным и профилактике осложнений для родственников.
- Рекомендации пациентам для решения возможных проблем, снижающих качество жизни.
- Контроль качества оказываемой сестринской помощи.

При изучении структуры пациентов хосписа было выяснено, что наибольшей категорией являются пациенты с онкологическими заболеваниями ЖКТ, органов дыхания, раком молочной железы, женских половых органов и мочеполовой системы. Таким образом, сестринская программа должна включать в себя примерные сестринские вмешательства при основных проблемах пациентов с такими заболеваниями.

При онкологических заболеваниях органов ЖКТ, чаще всего, возникают следующие проблемы: кахексия, анорексия, тошнота, рвота, запор, диарея, метеоризм, икота, стоматит, дисфагия. Стоит отметить, что эти проблемы встречаются не только у названной категории пациентов, но и у пациентов с другими локализациями опухолевого процесса, а также после проведенного лечения, как осложнения на агрессивные химиопрепараты и облучение.

Кроме того, сестринские вмешательства при онкологических заболеваниях ЖКТ часто связаны с уходом за стомами кишечника, желудка.

При онкологических заболеваниях органов дыхания возникают следующие проблемы: одышка, непереносимость физической нагрузки, слабость, кашель продуктивный.

У пациенток с раком молочной железы, помимо выше названных проблем, ключевыми являются проблемы, связанные с лимфостазом.

Но основной проблемой, значительно снижающей качество жизни, является боль.

Сестринская помощь при заболеваниях органов пищеварения. Сестринская помощь при заболеваниях мочеполовой системы

Заболевания желудочно-кишечного тракта в пожилом и старческом возрасте чаще носят функциональный характер вследствие возрастных изменений в пищеварительной системе. Язва желудка, возникающая в пожилом возрасте (так называемая старческая язва), в большинстве случаев является симптоматической и чаще всего обусловлена трофическими нарушениями в слизистой оболочке желудка. Эти нарушения связаны с антисклеротическими изменениями в сосудистой системе желудка, приводящими к ухудшению его кровоснабжения и снижению вследствие этого интенсивности биохимических процессов. Хотя обострения язвенной болезни у пожилых больных бывают чаще, чем у лиц среднего возраста, и чаще возникают осложнения (прободение, кровотечения). Повышается в этом возрасте риск злокачественных перерождений язв желудка. Частота и интенсивность обострений язвенной болезни и двенадцатиперстной

кишки с возрастом обычно снижается. С возрастом возрастает число случаев желчнокаменной болезни (особенно у женщин), панкреатитов, хронических колитов, геморроя.

Органы брюшной полости не чувствительны ко многим стимулам, которые при действии на кожу провоцируют сильную боль. Порезы, разрывы или другие повреждения внутренних органов брюшной полости не вызывают болевых ощущений. Основными воздействиями, к которым висцеральные болевые волокна чувствительны, являются растяжение или нарушение стенки кишечника. Это могут быть: натяжение брюшины (например, при опухоли), растяжение полого органа (например, при желчной колике), или сильные мышечные сокращения (например при кишечной непроходимости). Нервные окончания волокон, отвечающих за боль в полых органах (кишечник, желчный пузырь, мочевой пузырь), локализируются мышечных слоях. В паренхиматозных органах (печень, почки, селезенка) нервные окончания находятся в их капсуле и отвечают на ее растяжение при увеличении объема органа. Брыжейка, париетальная плевра и париетальная выстилка задней стенки брюшной полости чувствительны к боли, тогда как висцеральная плевра и большой сальник – нет. Для появления боли скорость нарастания напряжения должна быть достаточно большой. Постепенное же нарастание напряжения, например, такое, как при опухолевой обструкции желчевыводящих путей, может долго протекать безболезненно.

Воспаление и ишемия также способны вызвать висцеральную боль, при этом воспаление может повышать чувствительность нервных окончаний и снижать порог чувствительности к боли от других стимулов (в том числе и в процессе развития одного заболевания в разные его фазы). В механизмах возникновения и прогрессирования боли при воспалении участвуют многие биологически активные вещества (брадикинин, серотонин, гистамин, простагландины и др.).

Перечисленные коротко патофизиологические механизмы формирования абдоминальной боли являются исходной трудностью, нередко приводящей к поздней, в лучшем случае отсроченной диагностике. Вот почему повторное обращение к этой проблеме всегда является важным и полезным.

Особенности болезней системы пищеварения, как и других органов и систем стареющего организма, в значительной мере определяются комплексом возрастных морфологических изменений желудочно-кишечного тракта и проявляются, главным образом, и атрофических процессах. Однако по сравнению с опорно-двигательной и сердечно-сосудистой системами, дегенеративные процессы выражены весьма умеренно. Функциональные изменения проявляются в снижении активности секреторного аппарата различных отделов желудочно-кишечного тракта, а также печени и поджелудочной железы. Эти сдвиги сопровождаются развитием приспособительных факторов, обуславливающих при оптимальных условиях питания нормальный процесс пищеварения. При нарушениях режима питания, переедании, приеме недоброкачественной пищи и т. д., как правило, легко возникает функциональная недостаточность.

Дивертикулы пищевода у пожилых людей

Дивертикул пищевода представляет собой мешкообразное выпячивание пищеводной стенки, сообщающееся с его просветом. Различают пульсионные и тракционные дивертикулы. Пульсионные дивертикулы образуются вследствие вытягивания пищеводной стенки под действием высокого внутрипищеводного давления, возникающего во время его сокращения. Развитие тракционных дивертикулов связано с воспалительным процессом в окружающих тканях и образованием рубцов, которые вытягивают стенку пищевода в сторону пораженного органа. По расположению различают дивертикулы высокие (глоточно-пищеводные или ценкеровские), средней трети (эпибронхиальные) и нижней трети (эпифренальные) пищевода. Они бывают единичными и множественными. Дивертикулы пищевода чаще встречаются в возрасте 50-70 лет (82%), в основном у мужчин.

Эпибронхиальные дивертикулы чаще протекают бессимптомно, иногда возможны явления дисфагии, боли за грудиной. Эпифренальные дивертикулы у большинства больных протекают также бессимптомно, течение заболевания медленное, без

существенного прогрессирования. Ценкеровские дивертикулы могут осложняться развитием дивертикулита и в последующем явиться причиной флегмоны шеи, медиастинита, развития пищевого свища, сепсиса.

Клиника. Небольшой глоточно-пищеводный дивертикул проявляется чувством першения, царапания; в горле, сухим кашлем, ощущением инородного тела в глотке, повышенной саливацией, иногда спастическое дисфагией. По мере увеличения дивертикула наполнение его пищей может сопровождаться булькающим шумом при глотании, появлением выпячивания на шее при отведении головы назад. Выпячивание имеет мягкую консистенцию, уменьшается при надавливании. При перкуссии над ним после приема воды можно определить шум плеска. Имеется дисфагия разной степени выраженности. Возможна спонтанная регургитация непереваренной пищи из просвета дивертикула при определенном положении больного, затруднение дыхания из-за сужения трахеи этим объемным образованием, появление осиплости голоса при сдавлении возвратного нерва. При приеме пищи у больных может развиваться «феномен блокады», проявляющийся покраснением лица, ощущением нехватки воздуха, головокружением, обморочным состоянием, исчезающим после рвоты. При длительной задержке пищи в дивертикуле появляется гнилостный запах изо рта. У большинства больных нарушается питание, что приводит к их истощению.

В число возможных осложнений входят воспаление дивертикула (дивертикулит), перфорации его с развитием медиастинита, пищевода-трахеальных, пищевода-бронхиальных свищей, кровотечения, образование полипов, развитие злокачественной опухоли на месте дивертикула. Диагностика дивертикулов основана на данных рентгенологического исследования, эзофагоскопии.

Лечение и уход. При небольших размерах дивертикулов, отсутствии осложнений, абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению проводят (консервативную терапию, направленную на профилактику задержки пищевых масс в дивертикуле и уменьшение возможности развития дивертикулита. При развитии осложнений показано оперативное лечение. Летальность после операции составляет 1-1,5%. Пища должна быть полноценной, механически, химически и термически щадящей. Больным рекомендуют питаться хорошо измельченной пищей малыми порциями, дробное питание 6 раз в день. Перед приемом пищи больному следует принимать масло шиповника, облепиховое масло. После еды следует выпивать несколько глотков воды, принимать положение, способствующее опорожнению дивертикула сидя с наклоном туловища и головы в сторону, противоположную локализации дивертикула.

Грыжа пищевого отверстия диафрагмы

Грыжа пищевого отверстия диафрагмы - смещение в средостение брюшного отдела пищевода, части желудка или других органов брюшной полости (кишечник, сальник). Заболевание встречается после 50 лет у каждого второго.

Основные причины:

1. ослабление соединительно-тканых структур сухожильного центра диафрагмы,
2. повышение внутрибрюшного давления,
3. дискинезия пищевода и желудка.

Предрасполагающие факторы:

- снижение эластичности тканей, тонуса мускулатуры и связочного аппарата диафрагмы;
- ожирение, запоры, метеоризм;
- частый кашель при обструктивных заболеваниях легких,
- хронические воспалительные заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь, холецистит, панкреатит).

Заболевание часто встречается у женщин и проявляется признаками рефлюкс-эзофагита - диспепсическим и болевым синдромами.

Диспепсический синдром

1. Изжога, возникающая после курения и еды (особенно при употреблении жирной и острой пищи, шоколада, чая, кофе, алкоголя, цитрусовых, киселя, томатов).
2. Отрыжка, срыгивание пищей, проявляющиеся в горизонтальном

положении, при наклонах туловища вперед и повышении внутрибрюшного давления.

3. Дисфагия, ощущение «комка в горле».

Болевой синдром. Боль, чаще локализующаяся за грудиной и иррадиирующая в спину, межлопаточное пространство, шею, левую половину грудной клетки, жгучая, усиливающаяся при наклонах вперед («синдром шнурования ботинка») или горизонтальном положении, принимаемом сразу после еды. Боль может симулировать стенокардию, купируясь нитратами, но не зависит от физических усилий, а часто связана с приемом пищи и уменьшается в положении стоя.

Осложнения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: кровотечение, анемия, рак пищевода, перфорация пищевода, рефлекторная стенокардия, внедрение (инвагинация) пищевода в грыжевую часть или желудка в пищевод.

Лечение и уход

Все лечебно-профилактические мероприятия направлены на предупреждение или ограничение гастроэзофагального рефлюкса и раздражающего действия желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода. Для этого необходимо:

- Избегать положений тела, увеличивающих риск гастроэзофагального рефлюкса: глубоких наклонов и особенно «позы огородника», горизонтального положения тела (во время сна верхняя половина туловища должна быть приподнята), нельзя ложиться сразу же после еды.

- Предупреждать повышение внутрибрюшного давления: вместо поясных ремней использовать подтяжки, избегать обильных трапез и приема продуктов, вызывающих метеоризм, не допускать значительных натуживаний, эффективно предупреждая запоры и нарушение мочеиспускания, не поднимать значительных тяжестей.

- Соблюдать механически и химически щадящую диету с ограничением употребления натурального кофе, твердых сыров, алкоголя, специй, цитрусовых, томатов (при ожирении диета должна быть направлена на снижение массы тела).

- Применение препаратов, нормализующих моторную функцию пищевода и желудка: дофаминовых антагонистов (церукала, мотилиума по 0,01 г 3 раза в день за 20-30 минут до еды), пропульсида.

- Применение препаратов, уменьшающих раздражающее действие желудочного содержимого на пищевод:

- медикаментов с вяжущими, обволакивающими и противовоспалительными свойствами (нитрата или субсалицилата висмута, де-нола, сукральфата и др.);

- антацидных средств (альмагель, фосфалюгель, маалокс), принимаемых прерывистыми глотками и с интервалом не менее часа от других препаратов;

- с осторожностью, блокаторов H₂ рецепторов гистамина (циметидин, ранитидин и др.) и омепразола (блокатор протоновой помпы обкладочных клеток).

При эрозивно-язвенном поражении пищевода длительно применяют актипротекторы (солкосерил, актовегин), гипербарическую оксигенацию и лазеротерапию. Медикаментозное лечение проводят периодически для профилактики возможного воспаления слизистой оболочки пищевода.

Особенности болезней системы пищеварения, как и других органов и систем стареющего организма, в значительной мере определяются комплексом возрастных морфологических изменений желудочно-кишечного тракта и проявляются, главным образом, и атрофических процессах. Однако по сравнению с опорно-двигательной и сердечно-сосудистой системами, дегенеративные процессы выражены весьма умеренно. Функциональные изменения проявляются в снижении активности секреторного аппарата различных отделов желудочно-кишечного тракта, а также печени и поджелудочной железы. Эти сдвиги сопровождаются развитием приспособительных факторов, обуславливающих при оптимальных условиях питания нормальный процесс пищеварения. При нарушениях режима питания, переедании, приеме недоброкачественной пищи и т. д., как правило, легко возникает функциональная недостаточность.

Дивертикулы пищевода у пожилых людей

Дивертикул пищевода представляет собой мешкообразное выпячивание пищеводной стенки, сообщающееся с его просветом. Различают пульсионные и тракционные

дивертикулы. Пульсионные дивертикулы образуются вследствие вытягивания пищеводной стенки под действием высокого внутрипищеводного давления, возникающего во время его сокращения. Развитие тракционных дивертикулов связано с воспалительным процессом в окружающих тканях и образованием рубцов, которые вытягивают стенку пищевода в сторону пораженного органа. По расположению различают дивертикулы высокие (глоточно-пищеводные или ценкеровские), средней трети (эпибронхиальные) и нижней трети (эпифренальные) пищевода. Они бывают единичными и множественными. Дивертикулы пищевода чаще встречаются в возрасте 50-70 лет (82%), в основном у мужчин.

Эпибронхиальные дивертикулы чаще протекают бессимптомно, иногда возможны явления дисфагии, боли за грудиной. Эпифренальные дивертикулы у большинства больных протекают также бессимптомно, течение заболевания медленное, без существенного прогрессирования. Ценкеровские дивертикулы могут осложняться развитием дивертикулита и в последующем явиться причиной флегмоны шеи, медиастинита, развития пищеводного свища, сепсиса.

Клиника. Небольшой глоточно-пищеводный дивертикул проявляется чувством першения, царапания; в горле, сухим кашлем, ощущением инородного тела в глотке, повышенной саливацией, иногда спастическое дисфагией. По мере увеличения дивертикула наполнение его пищей может сопровождаться булькающим шумом при глотании, появлением выпячивания на шее при отведении головы назад. Выпячивание имеет мягкую консистенцию, уменьшается при надавливании. При перкуссии над ним после приема воды можно определить шум плеска. Имеется дисфагия разной степени выраженности. Возможна спонтанная регургитация непереваренной пищи из просвета дивертикула при определенном положении больного, затруднение дыхания из-за сужения трахеи этим объемным образованием, появление осиплости голоса при сдавлении возвратного нерва. При приеме пищи у больных может развиваться «феномен блокады», проявляющийся покраснением лица, ощущением нехватки воздуха, головокружением, обморочным состоянием, исчезающим после рвоты. При длительной задержке пищи в дивертикуле появляется гнилостный запах изо рта. У большинства больных нарушается питание, что приводит к их истощению.

В число возможных осложнений входят воспаление дивертикула (дивертикулит), перфорации его с развитием медиастинита, пищеводно-трахеальных, пищеводно-бронхиальных свищей, кровотечения, образование полипов, развитие злокачественной опухоли на месте дивертикула. Диагностика дивертикулов основана на данных рентгенологического исследования, эзофагоскопии.

Лечение и уход. При небольших размерах дивертикулов, отсутствии осложнений, абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению проводят (консервативную терапию, направленную на профилактику задержки пищевых масс в дивертикуле и уменьшение возможности развития дивертикулита. При развитии осложнений показано оперативное лечение. Летальность после операции составляет 1-1,5%. Пища должна быть полноценной, механически, химически и термически щадящей. Больным рекомендуют питаться хорошо измельченной пищей малыми порциями, дробное питание 6 раз в день. Перед приемом пищи больному следует принимать масло шиповника, облепиховое масло. После еды следует выпивать несколько глотков воды, принимать положение, способствующее опорожнению дивертикула сидя с наклоном туловища и головы в сторону, противоположную локализации дивертикула.

Грыжа пищевого отверстия диафрагмы

Грыжа пищевого отверстия диафрагмы - смещение в средостение брюшного отдела пищевода, части желудка или других органов брюшной полости (кишечник, сальник). Заболевание встречается после 50 лет у каждого второго.

Основные причины:

1. ослабление соединительно-тканых структур сухожильного центра диафрагмы,
2. повышение внутрибрюшного давления,
3. дискинезия пищевода и желудка.

Предрасполагающие факторы:

- снижение эластичности тканей, тонуса мускулатуры и связочного аппарата диафрагмы;
- ожирение, запоры, метеоризм;
- частый кашель при обструктивных заболеваниях легких,
- хронические воспалительные заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь, холецистит, панкреатит).

Заболевание часто встречается у женщин и проявляется признаками рефлюкс-эзофагита - диспепсическим и болевым синдромами.

Диспепсический синдром

1. Изжога, возникающая после курения и еды (особенно при употреблении жирной и острой пищи, шоколада, чая, кофе, алкоголя, цитрусовых, киселя, томатов).
2. Отрыжка, срыгивание пищей, проявляющиеся в горизонтальном положении, при наклонах туловища вперед и повышении внутрибрюшного давления.
3. Дисфагия, ощущение «комка в горле».

Болевой синдром. Боль, чаще локализуемая за грудиной и иррадиирующая в спину, межлопаточное пространство, шею, левую половину грудной клетки, жгучая, усиливающаяся при наклонах вперед («синдром шнурования ботинка») или горизонтальном положении, принимаемом сразу после еды. Боль может симулировать стенокардию, купируясь нитратами, но не зависит от физических усилий, а часто связана с приемом пищи и уменьшается в положении стоя.

Осложнения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: кровотечение, анемия, рак пищевода, перфорация пищевода, рефлексорная стенокардия, внедрение (инвагинация) пищевода в грыжевую часть или желудка в пищевод.

Рекомендации медицинской сестре при проведении медикаментозной терапии боли

1. Соблюдать регулярность введения анальгетиков. Анальгетики вводятся "по часам", причем доза постепенно увеличивается, пока больной не почувствует облегчения.
2. Последующую дозу вводить до того, как закончится действие предыдущей. Медицинская сестра должна знать длительность максимального действия вводимых лекарственных средств.
3. Эффективность терапии оценивают через 60 минут после энтерального приема препарата и через 15 мин после в/в введения препарата: боль не изменилась или усилилась, боль уменьшилась менее чем на 50% или боль уменьшилась более чем на 50% или исчезла полностью.
4. Предпочтительнее применять пероральное, чрезкожное введение анальгетиков.
5. Необходимо знать возможные побочные эффекты лекарственных препаратов и активно отслеживать их проявления (запор, тошнота, рвота, спутанное сознание, депрессия, угнетение дыхания и сознания и др.).
6. Ежедневно проводить оценку интенсивности боли и оценку эффективности терапии. Боль — эволюционно выработанный типовой процесс, возникающий в результате действия на организм ноцицептивных (повреждающих) факторов или ослабления антиноцицептивной системы.

Боль всегда субъективна, ее конечная оценка определяется локализацией и характером повреждения, природой повреждающего фактора, психологическим состоянием человека и его индивидуальным жизненным опытом.

Можно выделить два основных типа боли: ноцицептивная и нейропатическая.

Ноцицептивная боль возникает при раздражении болевых рецепторов (ноцицепторов) при травмах (ушибы, ранения, переломы и т. д.) и различных болезненных состояниях, сопровождающихся воспалением. Она включает в себя соматическую боль (кожа, мышцы, суставы, кости) и висцеральную боль (органы и их оболочки). Ее обычно описывают как острую, колющую, хорошо локализованную; или тупую, ноющую, плохо локализованную.

Нейропатическая боль возникает вследствие повреждения (дисфункции) периферической или центральной нервной системы. Причиной нейропатической боли

могут быть воспаление, инфекция, травма, нарушения метаболизма, опухоли, токсины и операция. Ее обычно описывают как обжигающую, покалывающую; может быть онемение.

Теплолечение особенно эффективно при лечении мышечных спазмов, миофасциальных болей и общего костно-мышечного дискомфорта, связанного с неподвижностью и слабостью. Нагревание ослабляет боль как конкурентный раздражитель, а также благодаря прямому воздействию на ткани. Местный эффект теплового воздействия включает мышечную релаксацию, увеличение притока крови и податливости тканей. Теплолечение поверхностных тканей проводится с помощью водяных или электрических грелок, а также специальными лампами. Прогревание глубоких тканей достигается ультразвуком, коротковолновой диатермией и микроволнами. Теплолечение может вызвать повреждение тканей и противопоказано:

- в зонах, прилегающих к металлическим или синтетическим протезам, а также к областям, содержащим костный цемент;
- в зонах с пониженной чувствительностью, парализованных частях тела или для ишемизированных тканей;
 - в инфицированных зонах;
 - непосредственно над опухолевой областью.

Криотерапия позволяет за счет действия холода снизить местную воспалительную реакцию и уменьшить высвобождение медиаторов воспаления. Показана при миофасциальной и спастической мышечной боли. Осуществляется локальным воздействием пузыря со льдом, холодной водой или орошением охлаждающим агентом, таким как хлорэтил. Криотерапия противопоказана на участках с нарушениями чувствительности и недостаточным кровоснабжением.

Электротерапия — лечебное применение электрических токов различной частоты. Токи низкой частоты изменяют ионную среду клеточной мембраны тканей и вызывают аналгезию, воздействуя на свободные нервные окончания. Токи высокой частоты оказывают лечебное действие за счет образования тепла.

Чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС) осуществляется с помощью электродов, располагаемых на коже. Вызывает электрическую активность в крупных афферентных нервных волокнах, тормозящую болевые сигналы в рогах спинного мозга. ЧЭНС показана при лечении умеренных костно-мышечных болей и невралгии, но неэффективна при висцеральных болях. ЧЭНС противопоказана пациентам с имплантированным водителем сердечного ритма.

Местное применение конкурентных раздражителей (таких как тепло, холод, массаж) стимулирует активность нейронов, подавляющих проведение болевых сигналов в дорзальных рогах спинного мозга.

Акупунктура используется для облегчения боли, хотя механизм ее действия до конца не изучен. Суть метода заключается в погружении специальной иглы в классические акупунктурные точки или болезненную область. Это относительно дешевый и безопасный метод, снижающий при успешном применении, потребность в системных анальгетиках. Однако роль акупунктуры в лечении боли для паллиативной медицины окончательно еще не определена.

Механические виды терапии (прикосновение, массаж) могут облегчить боль, вызванную мышечным спазмом, миофасциальными синдромами или общим костно-мышечным дискомфортом, связанным с неподвижностью и слабостью. Сознательное прикосновение к пациенту рукой оказывает успокаивающее и согревающее действие и не имеет побочных эффектов. Используется в лечении с применением вибрационной терапии для устранения мышечных болей, напряжения, болей после повреждения нервов и ампутаций. Массаж стимулирует выработку эндорфинов и является идеальным средством проявления участия к больному. Он способствует общему, в том числе и мышечному расслаблению. Массаж должен подготавливать пациента к собственной физической активности, а не заменять ее.

Ортопедические устройства и приспособления. Протезы, шины и другие поддерживающие приспособления могут облегчить или предотвратить боль, благодаря стабилизации или иммобилизации болезненных областей. Они особенно полезны при

болях, связанных с движениями, и у пациентов с повышенным весом.

4. Практическая часть: в результате проведенного практического занятия студент должен овладеть методикой организации сестринского процесса при терминальных стадиях опухолевого процесса. Научиться применять полученные знания на практике.

5. Вопросы и задания для самоконтроля:

1. Оказание сестринской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения.
2. Уход за стомами.
3. Оказание сестринской помощи больным с заболеваниями мочеполовой системы. Ведение пациентов с острой и хронической почечной недостаточностью
4. Подготовка к инструментальным методам исследования.

6. Решите тестовые задания.

1. Ведущий фактор в развитии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки:

1. кислотно-пептический
2. питание
3. вредные привычки
4. инфекция (геликобактерии)

Ответ: 1

2. Нарушение секреторной функции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

1. понижена
2. повышена
3. остаётся без изменений

Ответ: 2

3. Тактика медицинской сестры при прободной язве желудка и ДПК:

1. вызвать врача, ввести обезболивающие средства
2. вызвать врача, положить холод на живот
3. вызвать врача, дать кусочки льда внутрь
4. до прихода врача ничего не предпринимать

Ответ: 4

4. Симптомы, характерные для заболеваний желчевыводящих путей:

1. боли в правом подреберье
2. горечь во рту
3. тошнота, рвота желчью

изжога

Ответ: 1, 2, 3

5. Независимое сестринское вмешательство при метеоризме:

1. введение газоотводной трубки
2. ограничение продуктов, богатых клетчаткой и крахмалом в пищевом рационе
3. применение активированного угля
4. постановка очистительной клизмы

Ответ: 2

6. Рекомендации медицинской сестры по питанию пациента с язвенной болезнью ДПК:

1. механически и химически щадящее питание
2. введение разгрузочных дней
3. ограничение жира
4. частое, дробное питание

Ответ: 1, 4

7. Приоритетная проблема пациента при мочекаменной болезни:

1. задержка мочи
2. боль
3. жажда
4. слабость, сонливость
тошнота, рвота

Ответ: 2