

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование
дисциплины Уход за больным
Специальность 31.05.01 лечебное дело
Форма обучения Очная
Год начала подготовки 2025

**Тема 5. Наблюдение и уход за больными с нарушениями функции
пищеварения**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине
«Пропедевтика внутренних болезней»:
Разработаны

Ассистентом кафедры

Алферов В.В.

Обсуждены на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»,
зав. кафедрой

Павленко В.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в
образовательном процессе для обучающихся по направлению
подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2025 года
набора очной формы обучения _____ (протокол №___)

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П.

*Методические указания по дисциплине «Уход за больным» размещены в
ЭИОС университета в авторской редакции*

1. Цель

Обучение студентов технике последовательности расспроса больного при патологии системы органов пищеварения. (паспортные данные, жалобы, детализация жалоб, история заболевания и жизни), а также технике последовательности общего осмотра больного при патологии системы органов пищеварения.

Частные цели.

Закрепление у студентов знаний и практических навыков по системе органов пищеварения.

2. Учебные вопросы:

1. Уход и наблюдение за больным с жалобами на боли в животе.
2. Уход и наблюдение за больным с жалобами на отрыжку и изжогу.
3. Уход и наблюдение за больным с жалобами на рвоту.
4. Уход и наблюдение за больным с жалобами на понос, запор.
5. Неотложная доврачебная помощь больному с желудочно-кишечным кровотечением.

3. Теоретическая часть:

Гастроэнтерология (греч. gaster – желудок, enteron – внутренности, кишечник, logos – учение)- раздел внутренних болезней, который изучает этиологию, патогенез и клинические проявления заболеваний органов пищеварения, а именно болезни пищевода, желудка, кишечника, печени, поджелудочной железы, желчного пузыря (рис. 56). Выбор той или иной тактики диагностики и лечения, первая помощь при различных неотложных состояниях зависят от адекватной оценки ведущих симптомов заболеваний органов пищеварения.

Традиционно наблюдение и уход за пациентами с заболеваниями органов пищеварения включают в себя два направления:

1. Общие мероприятия- оценка общего состояния больного, измерение температуры, наблюдение за АД и пульсом, обеспечение личной гигиены больного, подача судна, заполнение температурного листа, то есть те мероприятия, в которых нуждаются пациенты с заболеваниями различных органов и систем.
2. Специальные мероприятия включают в себя комплекс мер, необходимых для устранения специфичных жалоб и проявлений: боли в области живота, горечи во рту, отрыжки, тошноты, рвоты.

Интенсивность боли может варьировать от слегка ощутимой до мучительной и нестерпимой. Колика (греч. kolikos – страдающий от

кишечной боли) – резкие, схваткообразные боли в животе, которые чаще развиваются при заболеваниях органов брюшной полости (6).

Кишечная колика – приступ схваткообразных болей, для которого характерны внезапное начало, локализация в различных отделах кишечника, возможны метеоризм и уменьшение боли после отхождения газов.

Тенезмы (греч. *teinesmos* – тщетный позыв) – ложные болезненные позывы к акту дефекации почти при полном отсутствии кала. Возникают тенезмы при раздражении интрамуральных нервных сплетений толстого кишечника, что встречается, например, при дизентерии, проктите, колите и др.

Желчная или печеночная колика – является основным симптомом желчнокаменной болезни. Локализуется боль в правом подреберье, характерна иррадиация в правое плечо, межлопаточное пространство.

Диагностическая трактовка болей в животе часто является сложной задачей и требует больших знаний и опыта. Необходимо учитывать характер, интенсивность, локализацию, иррадиацию, периодичность возникновения боли, ее продолжительность, уточнять связь с приемом пищи и актом дефекации, физической нагрузкой, приемом лекарственных препаратов, переменной положения тела. Не стоит забывать, что появление болей может возникать не только при патологии со стороны пищеварительной системы, но и при других заболеваниях. Например, существует гастралгический вариант инфаркта миокарда, который может проявляться острой болью в эпигастральной области. Пока не выяснен генез болевого симптома, не стоит назначать лекарственную терапию (слабительные или обезболивающие), использовать грелки, клизмы, проводить промывание желудка и т.д.

Лишь после уточнения причины возникновения болей в животе необходимо решать вопрос о дальнейшей тактике ведения больного.

При заболеваниях органов пищеварения встречаются диспепсические расстройства – тошнота, рвота, изжога, отрыжка, нарушение аппетита, ощущение неприятного вкуса во рту, нарушение стула. Данные жалобы требуют уточнения причин их возникновения и соответствующего лечения.

Рвота (греч. *emesis*) – это рефлекторное извержение содержимого желудка через рот, редко и через нос, часто с предшествующей тошнотой. Рвота может быть клиническим проявлением множества заболеваний, например, возникает при отравлении, язвенной болезни, почечной колике, заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы, повышении внутричерепного давления. Необходимо выяснить связь рвоты с приемом пищи, испытывает ли пациент облегчение после рвоты. Если приносит облегчение, то вероятно рвота желудочного происхождения, однако так называемая центральная рвота обычно с едой не связана и не приносит больному облегчения.

Частая, неукротимая рвота может привести к развитию тяжелых нарушений: обезвоживанию, потере электролитов. При бессознательном состоянии пациента, рвотные массы могут попадать в дыхательные пути и вызывать аспирацию, которая в свою очередь может привести к асфиксии и смерти больного, поэтому очень важно своевременно оказать ему необходимую помощь.

Во время приступа рвоты больного усаживают или укладывают на бок, наклоняют голову вниз, к углу рта подносят лоток. После рвоты больному дают прополоскать рот теплой водой, ослабленным больным очищают ротовую полость ватным тампоном, смоченным водой.

Если наблюдаются явления обезвоживания, необходимо внутривенное вливание жидкостей, электролитных растворов. Сбор рвотных масс проводят с целью определения их количества, состава, наличие примеси крови, с последующим лабораторным исследованием.

Отрыжка (лат. eructatio) – это непровольный выброс воздуха из желудка или пищевода, который может сопровождаться громким звуком и запахом съеденной недавно пищи. Может появляться у здоровых людей, когда во время приема пищи заглатывается небольшое количество воздуха. Такое состояние называют аэрофагией, и оно не является патологическим. Отрыжка наблюдается и при ряде патологических состояний и сопровождается привкусом во рту кислоты (при усилении секреторной функции желудка, язвенной болезни), горечи (при дуоденогастральном рефлюксе) и запахом тухлых яиц (при стенозе привратника).

Изжога (лат. pyrosis) – чувство жжения за грудиной, которое распространяется по пищеводу, возникает при забросе, или рефлюксе, кислого содержимого желудка. Причинами изжоги могут быть заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, желчевыводящих путей, рефлюкс-эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Для устранения изжоги больному следует выдать назначенное врачом лекарство, оставить на ночь ему минеральную или кипяченую воду, также необходимо, чтобы во время сна головной конец кровати был приподнят.

К диагностическим расстройствам, часто встречающимся у пациентов гастроэнтерологического профиля, относится *метеоризм*. Вздутие живота развивается при употреблении в пищу продуктов, богатых клетчаткой, и проявляется распирающей схваткообразной болью, ощущением тяжести в животе. Для борьбы с метеоризмом назначают диету, предусматривающую исключение бобовых, свежего хлеба, капусты и ограничение мучных блюд, рафинированных углеводов. Больным назначают активированный уголь, при необходимости – ферментные препараты, настой ромашки и укропа. При выраженном вздутии вставляют газоотводную трубку, длиной 30-50 см и с

шириной просвета 5-10 мм, смазанную вазелином, ее вводят через задний проход на глубину 20-30 см, извлекают трубку через 1-2 часа.

Диарея (греч. dia – движение сквозь, ghoia – истечение) учащенная дефекация, при которой кал имеет неоформленную, жидкую консистенцию. В основе патологического процесса лежит ускоренная перистальтика кишечника, вследствие этого быстрое продвижение и ускоренная эвакуация химуса, а также уменьшение всасывания воды и электролитов в кишечнике.

Основные причины: заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит с секреторной недостаточностью, язвенный колит, панкреатит, гепатит, цирроз и др.), кишечные инфекции, дисбиоз, метаболические нарушения, алиментарные причины (поспешная еда, злоупотребление грубой пищей, переедание), психогенные причины.

Уход за больными с диареей заключается прежде всего в поддержании чистоты тела больного, а также белья и постели. Медсестра должна наблюдать за состоянием больного, контролировать пульс, артериальное давление, количество выпитой жидкости, вид испражнений и кратность стула, также пациента необходимо взвешивать каждый день с занесением данных в специальный лист. Пациент, страдающий диареей, должен употреблять не менее 1,5-2 л жидкости в сутки.

Запор, или констипация (лат. constipation – нагромождение, скопление) – отсутствие самостоятельного стула более 2 суток или затрудненная, замедленная дефекация незначительным количеством кала (менее 100 г в сутки) с чувством неполного опорожнения кишечника.

Причинами констипации являются: нарушение моторной функции кишечника, послабление позывов к акту дефекации, органическое препятствие в желудочно-кишечном тракте, также в результате неправильного питания (например, употребление легкоусвояемой пищи, лишенной растительной клетчатки, ограничение приема жидкости) или голодания, неврогенные факторы (командировки, отсутствие удовлетворительных бытовых условий), гиподинамия и т.д.

Уход за больными с запорами: предполагает проведение беседы с больным, разъясняющий возможные причины, с обязательными рекомендациями по изменению образа жизни и питания, по возможности увеличению двигательной активности.

Режим питания и диета предполагают четырехразовый режим питания и употребление продуктов, стимулирующих пассаж каловых масс по кишечнику, которые способствуют его опорожнению, а именно кефир, ряженка, простокваша, фрукты, ягоды кислых сортов, растительное масло, овощи, сухофрукты.

Клизма (от греч. klisma – промываю, чищу) – медицинская процедура, которая заключается в ведении через задний проход в прямую кишку, с

помощью некоторых приспособлений, различных жидкостей с лечебной и диагностической целями.

Выполняя данную процедуру, следует соблюдать известные универсальные меры предосторожности, а именно: надевать перчатки при выполнении процедуры, подстилать под пациента на кушетку впитывающую пеленку однократного применения, подвергать последующему уничтожению все предметы однократного использования (перчатки, пеленки и т. п.), подвергать дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации все предметы многократного использования (наконечник, газоотводную трубку, фартук и т. п.) в соответствии с действующими нормативными документами, мыть руки после снятия перчаток.

Если во время введения клизменного наконечника или воды у пациента появляются жалобы на болезненные ощущения и дискомфорт, следует немедленно остановиться и подождать, пока боль пройдет. Необходимо успокоить пациента и предложить ему сделать несколько глубоких вдохов. Если боль не стихает, нужно остановить процедуру и сообщить об этом врачу.

Пациент имеет право видеть, что упаковка вскрывается в его присутствии перед процедурой. Показания и противопоказания к постановке клизмы определяются только врачом. Если процедура проводится в палате и там есть другие люди, необходимо отгородить пациента ширмой.

Наиболее часто используются очистительные и лечебные (лекарственные) клизмы.

Очистительная клизма – необходимо наконечник ввести на длину не более 5-10 см.

Показания: запоры, отравление, подготовка к эндоскопическому и рентгенологическому исследованию органов пищеварения, мочевого выделения и органов малого таза, подготовка к родам, операции.

Объем вливаемой жидкости: 0,5-1 л (1,5 л).

Противопоказания: признаки кровотечения, воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона), злокачественные новообразования, трещины и выпадения прямой кишки, первые дни после операции на органах пищеварительного тракта. Опорожнение нижнего отдела толстой кишки путем усиления перистальтики и разжижения каловых масс. Эффект наступает через 5-10 мин.

Оснащение: кружка Эсмарха, наконечник, вазелин, шпатель, судно, перчатки, впитывающая пеленка, штатив, непромокаемый мешок для белья, водный термометр.

Проведение процедуры: надеть перчатки, постелить на кушетку (кровать) клеенку, опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.

Помочь пациенту повернуться на левый бок. При этом его правая нога должна быть согнута в колене (или ноги согнуты в коленях и прижаты к животу). Далее необходимо смазать наконечник вазелином с помощью шпателя присоединить его к кружке Эсмарха, закрыть вентиль, налить в кружку 0,5-1 л воды (убедиться, что она не очень горячая), укрепить кружку на штативе на высоте 1 м от уровня пола. Открыть вентиль и слить немного воды, вытесняя воздух. Осторожно ввести наконечник в анальное отверстие, продвигая его в прямую кишку вначале по направлению к пупку (около 3 см), а затем параллельно позвоночнику – всего на глубину 5-10 см. Открыть вентиль, чтобы вода медленно вытекала в кишечник (кружка с водой должна быть не выше чем на 30 см над пациентом). Напомнить пациенту о необходимости задержать воду в кишечнике в течение 5-10 мин. Затем помочь пациенту встать с кушетки и дойти до туалета при появлении позывов на дефекацию (или помочь пациенту подложить под себя судно).

Наблюдение и уход за больными с желудочно-кишечным кровотечением

Важным признаком желудочно-кишечного кровотечения является кровавый стул. В зависимости от локализации патологического очага, вызвавшего кровотечение, кал может иметь разнообразную окраску: от алого до черного, дегтеобразного, что в свою очередь обусловлено наличием солянокислого гематина, который образуется из гемоглобина под воздействием соляной кислоты желудочного сока. Таким образом, чем выше источник кровотечения, тем более изменена кровь, например, при кровотечении из осложненной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки – стул дегтеобразный.

Достоверными клиническими проявлениями желудочно-кишечного кровотечения являются гематемезис (лат. haematemesis – кровавая рвота) и мелена (греч. melanos – черный, темный) – жидковатый черный дегтеобразный стул). Также могут возникнуть слабость, шум в ушах, головокружение, синкопальные состояния, бледность кожных покровов и видимых слизистых, слабое наполнение пульса, снижение артериального давления.

Уход за больными данной категории подразумевает, в первую очередь, немедленное информирование лечащего врача и оказание доврачебной помощи: уложить больного в постель, кормить, поить пациента запрещается, на области живота можно положить пузырь со льдом, контролировать пульс и артериальное давление. В последующие дни, после устранения кровотечения, на протяжении 3-5 суток больному предписан строгий постельный режим, голод в течение суток, затем дают жидкую, слегка

подогретую или холодную пищу, то есть механически и химически щадящая диета №1а.

4. Практическая часть:

Задание 1. Методика выполнения очистительной клизмы.

5. Вопросы для собеседования:

1. Отличительными признаками перитонеальных болей являются?
2. Чем опасна упорная, неукротимая рвота?
3. Какие мероприятия следует проводить при метеоризме?
4. Какими симптомами проявляется желудочно-кишечное кровотечение?
5. При каких заболеваниях наиболее часто встречается желудочно-кишечное кровотечение?
6. Какие мероприятия необходимо проводить при желудочно-кишечном кровотечении?
7. Противопоказания для промывания желудка?
8. С какой целью применяют гипертонические клизмы?
9. Показания для очистительных клизм?
10. Какое количество промывной жидкости необходимо приготовить для постановки сифонной клизмы?

6. Тестовые задания

1. При кровотечении клинические проявления:
А) Возбуждение, гиперемия кожи, повышение артериального давления и учащение пульса и усиление болей в животе;
Б) Резкая слабость, бледность кожных покровов, снижение артериального давления и учащение пульса, боли в животе могут уменьшиться или прекратиться;
В) Слабость, головокружение, покраснение кожи, повышение артериального давления и учащение пульса и усиление болей в животе;
Г) Острые «Кинжальные» боли в животе, падение артериального давления
2. Черный дёгтеобразный кал встречается при:
А) Кровотечении при заболевании прямой кишки;
Б) На фоне молочной диеты;
В) Злоупотреблении жирной пищей;
Г) Кровотечении из верхних отделов пищеварительного тракта
3. Алая кровь на поверхности кала говорит о:
А) Умеренном кровотечении из дистальных отделов тонкой кишки;

- Б) Кровотечении из исходящей и поперечно-ободочной отделов толстой кишки ;
- В) Кровотечении из нижних отделов кишечника (геморрой трещина заднего прохода);
- Г) Кровотечении из 12-перстной кишки

4. Запор - это симптомо-комплекс который включает все, кроме:

- А) Редкий стул реже 3 раза в неделю;
- Б) Твердый стул и необходимость длительного натуживания;
- В) Чувство неполного опорожнения кишечника;
- Г) Твердый комковатый стул и чрезмерное натуживание при дефекации;
- Д) Обильное отхождение газов при дефекации и стул реже, чем 1 раз в день

5. Чем проявляется попадание рвотных масс в дыхательные пути?

- А. Падением артериального давления.
- Б. Приступом кашля, остановкой дыхания, посинением кожных покровов;
- В. Задержкой стула ,
- Г. Отрыжкой «тухлым»

6. Черный цвет кала при желудочном кровотечении обусловлен:

- А) Серноокислым магнием;
- Б) Солянокислым гематином;
- В) Восстановленным гемоглобином;
- Г) Сероводородом

7. Уход за больным при появлении симптомов кровотечения :

- А) Информировать врача и оказать первую доврачебную помощь: уложить больного, приподняв ножной конец кровати, на область живота положить пузырь со льдом;
- Б) Информировать врача и оказать первую доврачебную помощь: уложить больного, приподняв головной конец кровати, на область живота положить грелку;
- В) Информировать врача и оказать первую доврачебную помощь: усадить больного, приподняв головной конец кровати, дать обильное горячее щелочное питье;
- Г) Информировать врача и оказать первую доврачебную помощь: дать нитроглицерин под язык и на область живота положить грелку;

8. Основной причиной желудочно-кишечного кровотечения может быть все, кроме:

- А) Язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки;

- Б) Варикозное расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка;
- В) Тромбозе легочных артерий;
- Г) Воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит)

9. Какая среда в желудке:

- А) Нейтральная
- Б) Щелочная
- В) Кислая

10. Больной с симптомами изжоги должен выполнять все рекомендации из ниже перечисленных, кроме:

- А) Избегать обильного приема пищи
- Б) Увеличить употребление кофе, цитрусовых
- В) После еды не ложиться
- Г) Не есть на ночь
- Д) Не употреблять газированные напитки

11. Дефекация – это:

- А) Опорожнение желудка;
- Б) Опорожнение кишечника;
- В) Рвота;
- Г) Тошнота

12. Мелена это:

- А) Обесцвеченный кал;
- Б) Чёрный дёгтеобразный жидковатый стул;
- В) Твердый комковатый стул;
- Г) Жирный, блестящий, зловонный, плохо смываемый кал

13. Для описания формы кала пользуются шкалой:

- А) Бристольской;
- Б) Монреальской;
- В) Римской;
- Г) Маастрихтской

14. Уход за ослабленным больным при рвоте:

- А) Повернуть больного набок, наклонив голову вниз;
- Б) Посадить больного подняв голову вверх;
- В) Во время рвоты попросить дышать глубоко;
- Г) положить больного на твердую ровную поверхность лицом вверх

15. Изжога это:

- А) Внезапное непроизвольное опорожнение через рот воздухом или пищей;
- Б) Болезненное ощущение жжения за грудиной или в эпигастрии, распространяющееся до глотки, обусловленное забросом желудочного содержимого в пищевод;
- В) Ощущение неприятного привкуса кислого или горечи во рту;
- Г) Болезненное ощущение жжения в области сердца или за грудиной, после физической нагрузки, обусловленное спазмом коронарных сосудов.

Ответы на тестовые задания.

1 – Б

2 – Г

3 – В

4 – Д

5 – Б

6 – Б

7 – А

8 – В

9 – В

10 – Б

11- Б

12 – Б

13 – А

14 – А

15 - Б

7. Рекомендуемая литература:

1. Петрова Н.Г. Общий уход за пациентами. - СПб: СпецЛит, 2013. - 240 с.
2. Корсаков С.А. Медицина и право. ihfo@med-pravo.ru. 2008.
3. Информация по реабилитации инвалида: советы по уходу. www.aupam.ru. 2016.
4. Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. Общий уход за больными в терапевтической клинике. 3-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 464 с.
5. Шишкин А.Н., Слепых Л.А. Уход за больными в терапевтической клинике. - СПб: ЛитРес, 2003. — 64 с.
6. Справочник по гастроэнтерологии. Под ред. В.Т. Ивашкина, С.И. Рапопорта. 2-е изд. – М.: Медицинское информационное агенство, 2011. - 472 с.
7. Калион Г.В. Лекции для медицинских учебных заведений: анестезиология и реаниматология. www.medlecture.ru, 2012.
8. Ивашкин В.Т., Шевченко В.П. Питание при болезнях органов пищеварения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 352 с.
9. Энциклопедия врача. Наблюдение и уход за больными с заболеваниями органов кровообращения. www.idoctor.info.ru, 2016.
10. Терминальные состояния. www.nedug.ru, 2012. (по материалам книги Неговского В.А. Очерки по реаниматологии.)
11. Джамбекова А.К., Шилов В.Н. Справочник по уходу за больными. – М.: Букинист, 2014. – 288 с.
12. Тен Е.Е. Основы медицинских знаний. - М: Мастерство, 2002. - 256 с.
13. Двуреченская В.М. Подготовка пациента к исследованиям. - Ростов: Феникс, 2002. - 160 с.
14. Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. – М.: Медицина, 1999. – 288 с.