

Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение Ставропольского края
«Кисловодский медицинский колледж»

Утверждено
на заседании методического совета
протокол № ____ от « ____ » _____ 2019 г.
зам. директора по ОМ и УИ(Н)Р
_____ М.А. Ягьяева

Методическое пособие
для самоподготовки студентов
по теме: «Сестринский уход при заболеваниях ЖКТ»
по ПМ 02. Участие в диагностическом и лечебно-профилактическом
процессах
МДК 02.01. Сестринский уход в терапии
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Согласовано
методист Григорьян М.Б.

« ____ » _____ 2019г

Рассмотрено
на заседании _____ ЦМК
протокол № ____ от _____ 2019г.
председатель ЦМК _____
_____ А.С. Акульшина

Выполнила
преподаватель Маилова С.А.

« ____ » _____ 2019г.

г. Кисловодск
2019-2020 уч. год

Содержание

1. Пояснительная записка	3
2. Стандарт	4
3. Теоретический материал	6
4. Вопросы для закрепления	52
5. Тест – контроль	53
6. Ситуационные задачи	60
7. Эталоны ответов	63
8. Список использованной литературы	68

Пояснительная записка

Методическое пособие по профессиональному модулю «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах» по теме «Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта» составлено для студентов с целью формирования профессиональных компетенций по данной теме.

Методическое пособие составлено в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта, для формирования знаний и умений в рамках специальности 34.02.01. «Сестринское дело» базовый уровень подготовки.

В соответствии с ФГОС, после изучения данной темы студент должен: уметь:

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

знать:

- причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

Стандарт

Формируемые ОК:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать и осуществлять повышение квалификации

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности

Формируемые ПК:

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК.2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

Теоретический материал

Порядок обследования больных с заболеваниями органов пищеварения.

1. Жалобы больного.

- Боль в животе (локализация, связь с приемом пищи, отхождением стула, газов, периодичность, локализация, интенсивность, иррадиация).
- Тошнота.
- Рвота (характер, частота, приносит облегчение или без эффекта).
- Отрыжка (воздухом, свежей пищей, тухлым содержимым, кислым, желчью).
- Изжога (частота, интенсивность).
- Нарушение аппетита (пониженный, повышенный, извращение вкуса).
- Понос (характер, цвет, запах, наличие слизи, крови, гноя).
- Запор (продолжительность, форма, цвет кала).
- Вздутие живота.
- Кожный зуд.
- Желтушность кожных покровов.
- Повышение температуры тела.
- Снижение массы тела.
- Слабость.

2. История болезни.

- Причины.
- Начало.
- Развитие.
- Проводившееся лечение (частота госпитализаций, длительность, эффективность, лекарственные средства).

3. История жизни.

- Перенесенные заболевания (наличие вирусного гепатита, желтухи).
- Характер питания (нерегулярное, еда всухомятку, грубая пища).

- Наследственность (благоприятная, не благоприятная).
 - Вредные привычки.
 - Семейно-бытовые условия.
 - Аллергия (пищевая, лекарственная, бытовая, наличие аллергических заболеваний).
 - Длительный прием гормонов, нестероидных противовоспалительных средств, противотуберкулезный препаратов).
4. Физикальное обследование. Осмотр: изменения языка, акта глотания. Живот у здоровых людей живот правильной формы, симметричный, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. У больных живот может быть втянут, вздут, не участвовать в акте вдоха, значительно увеличен в размерах. Может отмечаться желтушность склер, кожи, следы расчесов, снижение тургора кожи и тканей, сосудистые «звездочки», отеки на ногах.
5. При пальпации у здоровых людей живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. У больных живот может быть напряжен, болезненный при пальпации локально (в области желчного пузыря, пупка, сигмовидной кишки, боковых отделов) или по всему животу, может определяться увеличенная болезненная печень, увеличенная селезенка.
6. Лабораторные методы исследования.
- Клинический анализ крови, мочи.
 - Биохимическое исследование крови: белок и его фракции, протромбин, фибриноген, билирубин, холестерин, щелочная фосфатаза, трансаминазы, амилаза, липаза, ингибитор трипсина.
7. Инструментальные и функциональные методы исследования.
- Желудок и двенадцатиперстная кишка: рентгеноскопия, гастродуоденоскопия, фракционное исследование желудочного содержимого и содержимого 12-перстной кишки, УЗИ.

- Кишечник: ирригоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, кал (макроскопическое, микроскопическое, микробиологическое исследование), УЗИ.
- Печень, желчевыводящие пути и поджелудочная железа: УЗИ, холецистография, компьютерная томография, сканирование, пункционная биопсия печени, лапароскопия, дуоденальное зондирование. Основным методом рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта искусственное контрастирование путем введения в полость контрастного вещества или газа.

8. Основные жалобы и симптомы при заболеваниях органов пищеварения.

- Боль в животе. При различных заболеваниях органов брюшной полости боль существенно отличается по локализации, интенсивности, связи с приемом пищи, характером, связью с метеоризмом, отхождением газов, стулом. При заболеваниях желудка и 12-перстной кишки она локализуется в эпигастрии и связана с приемом пищи. При поражении толстого кишечника боль чаще схваткообразная, после опорожнения кишечника она стихает. При поражении тонкого кишечника боль постоянная, ноющая, локализуется вокруг пупка. При заболеваниях печени и желчных путей боли локалируются в правом подреберье. Наибольшее значение имеют интенсивные приступообразные боли, возникающие после приема жирной, жареной, острой пищи, иррадиирующие в правую лопатку, плечо и правую половину шеи. Эти боли наблюдаются при заболеваниях желчных путей и называются желчными коликами. Для их купирования требуются анальгетики, и даже наркотические средства. Боли сопровождаются тошнотой и рвотой. Могут быть также боли тупые, неинтенсивные, длительные, которые возникают также после диетических погрешностей. Эти боли обусловлены воспалительным процессом в желчных путях или нарушением оттока желчи (гипер-, или гипотонические дискинезии). При панкреатите интенсивная боль сверлящего, ноющего, давящего

характера, различной локализации: в эпигастральной области, правом подреберье, в левой половине живота, в грудной клетке, за грудиной, по всему животу, опоясывающая; возникает она обычно из-за алиментарных погрешностей.

- Нарушение аппетита. Часто связано с состоянием секреторной функции желудка. Аппетит усиливается при повышенной секреции и понижен при снижении секреции. Извращение аппетита характерно для рака желудка или железодефицитной анемии и проявляется пристрастием к несъедобным веществам (мел, глина) или отвращением к ранее употребляемому продукту (мясо).
- Отрыжка. Это внезапное попадание из желудка в полость рта газов или небольшого количества пищи (срыгивание, регургитация). Отрыжка может быть свежей пищей, тухлым, воздухом, кислым, горьким. Отрыжка обусловлена сокращением мускулатуры желудка при открытом кардиальном отверстии, то есть связана с нарушением моторики желудка.
- Изжога. Забрасывание кислого содержимого желудка в пищевод. Сопровождается ощущением жжения в подложечной области.
- Тошнота. Неприятное ощущение приближающегося начала рвоты, сопровождающееся чувством давления в подложечной области, слабостью, потоотделением, головокружением, слюнотечением. Тошнота часто предшествует рвоте и возникает в силу тех же причин. В связи с этим выделяют тошноту центрального, токсического и рефлекторного происхождения.
- Рвота. Сложный рефлекторный двигательный акт, в котором участвуют желудок, диафрагма, нижний отдел пищевода. Во время рвоты происходит выбрасывание содержимого желудка через пищевод, глотку, рот, нередко и через носовые ходы. Рвота регулируется специальным рвотным центром, расположенным в продолговатом мозге. Стимуляция рвотного центра осуществляется за счет импульсов,

передающихся с рецепторов слизистой желудка брюшины, почек и других органов. Рвота при заболеваниях ЖКТ в большинстве случаев приносит облегчение, рвота центрального генеза (мозговая) не приносит обычно облегчения. При кровотечении из желудка или 12-перстной кишки рвотные массы имеют темную окраску (кофейная гуща). При кровотечении из пищевода рвотные массы содержат алую кровь, такую же окраску рвотные массы могут иметь и при массивном желудочном кровотечении.

- Метеоризм. Ощущение вздутия и распираания живота, сочетающееся с урчанием и переливанием в животе, отхождением газов, которые возникают обычно при брожении в кишечнике при употреблении молока и других газообразующих продуктов. При патологии отмечается снижение моторики кишечника вследствие падения тонуса его стенки, характерны урчание, переливания.
- Понос. Это жидкий стул при частом опорожнении кишечника. Механизм поноса довольно сложный и складывается из усиленной перистальтики и нарушения всасывания переваренной пищи и воды в кишечнике.
- Запор. Задержка стула более 48 часов. Выделяют функциональные запоры, которые возникают вследствие употребления пищи, бедной клетчаткой, малой физической активности, слабости брюшного пресса и органические запоры. Органические запоры являются следствием хронических заболеваний толстого кишечника, опухоли, рубцовых сужений толстого кишечника.
- Желтуха. Ее появление объясняется увеличением содержания в крови билирубина. В зависимости от механизма возникновения различают три вида желтух: механическая, паренхиматозная и гемолитическая.
- Асцит. Свободная жидкость в брюшной полости, обусловленная повышением давления в воротной вене при заболеваниях печени.

Хронический гастрит

Хронический гастрит хроническое воспалительное заболевание слизистой желудка с перестройкой ее структуры, прогрессирующей атрофией, нарушением секреторной, моторной и инкреторной функций. Внешними факторами риска развития хронического гастрита являются:

- Нарушение ритма и режима питания, наличие больших промежутков времени между приемом пищи, прием слишком горячей, холодной, механически и химически раздражающей пищи, плохое пережевывание пищи.
- Частое употребление алкоголя.
- Курение.
- Длительный прием раздражающих лекарств (противотуберкулезные препараты, резерпин, индометацин, мерказолил, гормоны).
- Профессиональные вредности.
- Хеликобактериоз.
- Нервно-психические травмы.
- Пищевая аллергия.

К эндогенным факторам относятся:

- 1) хронические заболевания органов брюшной полости;
- 2) хроническая инфекция в носоглотке;
- 3) заболевания эндокринной системы;
- 4) нарушение обмена веществ;
- 5) дефицит железа;
- 6) аутоинтоксикации и выделение слизистой желудка токсических веществ кетоацидоз, хроническая почечная недостаточность;
- 7) наследственная предрасположенность.

Хронический гастрит самое распространенное заболевание системы пищеварения, поражающее около 50% взрослого населения.

Морфологически различают: хронический гастрит типа А; хронический гастрит типа В (хеликобактерный, гиперсекретонный), антральная и диффузная форма; смешанный гастрит (атрофический пангастрит А+В).

Ведущая причина А-гастрита генетический фактор, посредством которого реализуется атрофия слизистой дна и тела желудка.

В-гастрит вызывается микробом *Helicobacter pylori*, открытого в 1983 году и получившего название, переводимое как «спиралевидная бактерия, обитающая в привратнике».

Клиника. Зависит от: состояния кислотообразующей функции желудка (повышенная; сохраненная, пониженная); фазы болезни (обострение, ремиссия). Хронический гастрит с повышенной секрецией. Больные предъявляют жалобы на упорную изжогу, отрыжку кислым, чувство жжения и распираания в эпигастрии после еды, особенно после приема острой, грубой, соленой пищи; раздражительность; плохой сон; лабильность настроения; быструю утомляемость, слюнотечение, запоры. Боли могут возникать натощак и проходить после приема антацидных препаратов (алмагель, маалокс) или приема молока. Редко отмечается тошнота и рвота. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастрии. При фракционном исследовании желудочной секреции определяется гиперсекреция с обильным выделением слизи и повышенная кислотность. При ФГС отмечается гиперемия слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, набухание складок, эрозии.

Проблемы: изжога; отрыжка кислым; тшнота; рвота; ощущение жжения, давления, тяжести в эпигастрии; запоры; раздражительность; плохой сон; быстрая утомляемость; слюнотечение.

Хронический гастрит со сниженной секреторной функцией. Общее состояние пациента в начале заболевания страдает мало. При выраженных явлениях секреторной недостаточности в фазе обострения заболевания в клинической картине преобладают диспептические нарушения в виде снижения аппетита, неприятного вкуса во рту, тошноты, изжоги. Беспокоят

боли в эпигастрии, возникающие после еды, спустя несколько минут. Однако их интенсивность обычно невелика и не требует применения обезболивающих средств. Отмечается также метеоризм, урчание, запоры с последующим послаблением стула. При физикальном обследовании отмечается обложенный язык, разлитая болезненность в эпигастрии и по ходу толстого кишечника при пальпации живота. При гастродуоденоскопии выявляется атрофия слизистой желудка; при рентгеноскопии истончение складок слизистой. В анализе желудочного содержимого определяется снижение общей, свободной и связанной кислотности желудочного сока.

Проблемы: отрыжка воздухом; отрыжка тухлым; тошнота; тяжесть в эпигастрии; неприятный запах изо рта; рвота; запоры; жидкий стул; похудание.

Уход и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: выполнение назначенных врачом двигательного режима и режима питания; соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в отделении; четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный прием больными лекарственных препаратов; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела, стула; контроль за передачами продуктов питания больному его родственниками; подготовку больного к дополнительным исследованиям (рентгенологическому, гастроскопическому, УЗИ, и др.); проведение фракционного исследования желудочного содержимого.

Также она проводит: беседы с больными и их родственниками о значении систематического приема лекарственных средств; о значении соблюдения режима питания; обучает больных приему лекарственных препаратов.

Уход за больными хроническим гастритом и их лечение заключается в соблюдении правильного режима и диеты. Запрещается прием тяжелой пищи (жирные и острые блюда, жареное, копчености, пряности, солености, консервы), алкоголя, курение. Диету назначают в соответствии с результатами исследования желудочной секреции.

Фармакотерапия проводится по назначению врача. При обострении хронического гастрита с повышенной и нормальной секреторной функцией для купирования болей используются холинолитики: 0,1% раствор атропина сульфата или 0,2% раствор платифиллина битартрата по 0,5-1 мл 2 раза в день. Показано использование и других схем лечения с применением гастропепина, метацина, платифиллина, экстракта белладонны по 1 табл. (15 мг) до еды 3 раза в день.

Лабораторные и микробиологические исследования позволяют определить наличие хеликобактер в слизистой желудка. Так как этот микроб очень устойчив к современным антибактериальным средствам, существует несколько вариантов его эрадикации. Семидневная схема одновременного приема: омепразол (20 мг 2 раза в день), кларитромицин (250 мг 2 раза в день), метронидазол (500 мг 2 раза в день); или: пилорид (400 мг 2 раза в день), кларитромицин (250 мг 2 раза в день), метронидазол 500 мг 2 раза в день); десятидневная схема - ранитидин (300 мг 2 раза в день), цитрат висмута (108 мг 5 раз в день после еды), метронидазол (200 мг 5 раз в день после еды), тетрациклин 250 мг 5 раз в день после еды).

Антациды назначаются после эрадикации хеликобактера. Маалокс, альмагель, фосфалугель принимаются по 1 дес. л. через 1,5-2 ч после еды и перед сном. Либо назначается викалин (викаир) по 2 таблетке в измельченном виде, через мин после еды, 3 раза в день, запивается теплой водой.

При обострении хронического гастрита со сниженной секреторной функцией для купирования болей используются миотропные спазмолитики: папаверина гидрохлорид 2% раствор по 2 мл в/м или но-шпа, церукал по 1 табл. (10 мг) либо галидор по 1 табл. (0,1 г) 3 раза в день.

При сильных болях назначаются анальгетики, лучше в/м. После стихания болей проводится заместительная терапия. С этой целью назначаются натуральный желудочный сок, пепсидил

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки

Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки гетерогенное заболевание с многофакторной этиологией, сложным патогенезом, хроническим рецидивирующим течением, морфологическим признаком в виде дефекта слизистого и подслизистого слоев с исходом в соединительнотканый рубец.

Болезнь развивается при нарушении факторов защиты желудка (нормальный кровоток в слизистой, достаточное количество слизи и простагландинов, активная регенерация) и активации факторов агрессии (высокий уровень соляной кислоты и пепсина в желудке, высокий уровень содержания свободных радикалов в желудочном соке, дуодено-гастральный рефлюкс, гастродуоденальная дисмоторика, хеликобактериоз).

К факторам риска развития язвенной болезни относятся стресс, нарушение режима и структуры питания, курение, алкоголь, лекарственные средства (гормоны, нестероидные противовоспалительные средства).

По статистическим данным в разные возрастные периоды гастродуоденальная язва возникает у 4-5 % населения. У лиц молодого возраста дуоденальные язвы встречаются в 4 раза чаще, чем желудочные. У пожилых язвенная болезнь желудка регистрируются в 2-3 раза чаще, чем язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; в молодом возрасте она в 2-5 раз чаще встречается у мужчин, чем у женщин. После 40 лет возрастные и половые различия стираются. Чаще болеют язвенной болезнью водители городского транспорта, диспетчеры, операторы, рабочие горячих цехов, педагоги, работники творческого труда, руководители, врачи-хирурги.

Клиника. Зависит от: локализации язвы (кардиальный отдел, тело, дно желудка, пилорический отдел, 12-перстная кишка); течения болезни (острое, хроническое); фазы заболевания (обострение, ремиссия, неполная ремиссия); тяжести течения (легкое обострения 1 раз в 1-3 года, средней тяжести обострения 2 раза в год, тяжелое обострения более 2 раз в год), осложнений (кровоотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация, стеноз

пилорического отдела желудка, реактивный панкреатит, реактивный гепатит).

Общий осмотр дает мало информации. При неосложненной язвенной болезни язык, как правило, чистый и влажный. Обложенный язык характерен для сопутствующего гастрита и других заболеваний органов пищеварения.

При пальпации живота может отмечаться локальная болезненность и мышечная защита в эпигастрии. Иногда можно обнаружить шум «плеска» при задержке эвакуации содержимого желудка вследствие пилородуоденального стеноза. В анализах желудочного сока определяется гиперсекреция, гиперацидность, положительная реакция на скрытую кровь.

Рентгенологически выявляется прямой признак язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки «ниша» с конвергенцией складок по направлению к ней. Язвенный дефект («ниша») локализуется на желудочной дорожке малой кривизны.

На ФГС определяется язвенный дефект соответствующей локализации, который под влиянием лечения проходит стадии красного и белого рубца. Бессимптомное течение. При профилактических эндоскопических исследованиях у 36,4% обследованных выявляются гастродуоденальные язвы без клинических проявлений болезни.

Острая форма. Характеризуется: коротким язвенным анамнезом (до 6 мес.); острым началом заболевания с быстро нарастающими признаками болезни; быстрым (в течение 5 сут.) эффектом от проводимого лечения; небольшими (до 0,4 см) размерами и глубиной язвенного дефекта с умеренными, в большинстве случаев, ограниченными воспалительными изменениями слизистой оболочки; рубцеванием язвы в течение дней; отсутствием или незначительными рубцовыми изменениями после заживления язвы.

Острые язвы могут образовываться как эпизод при стрессовых ситуациях, приеме нестероидных противовоспалительных средств, длительном приеме антикоагулянтов.

Боль, являясь основным симптомом язвенной болезни, имеет четкую ритмичность (связь с приемом пищи), периодичность и сезонность. По отношению ко времени после приема пищи, принято различать ранние, поздние, «голодные» и ночные боли. Ранние боли появляются через 0,5-1 час после еды, интенсивность их постепенно нарастает, длится в течение 1,5-2 часа и уменьшается по мере эвакуации желудочного содержимого. Такие боли характерны для язв верхних отделов желудка. Для язв антрального отдела и язв двенадцатиперстной кишки характерны поздние боли, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, а также «голодные» ночные боли. Периоды обострений обычно продолжаются от нескольких дней до 6-8 недель и сменяются ремиссией. Обострения при язвенной болезни носят сезонный характер, в весеннее или осеннее время года. Боли недостаточно четко локализованы, бывают чаще режущими, реже - ноющими, сверлящими, схваткообразными. При расположении язвы на малой кривизне желудка боли чаще бывают в подложечной области справа от средней линии. При язвах кардиального отдела может быть атипичная локализация болей за грудиной или слева от нее, а при постбульбарных язвах в спине или правой подлопаточной области. Нарушение типичного ритма болей, их стойкость к проводимому лечению и появление новой иррадиации болей часто указывает на возникновение осложнений или присоединение сопутствующих заболеваний.

Изжога. Частый симптом язвенной болезни, который и встречается у 30-80% больных. Она нередко бывает эквивалентом боли и также связана с приемом пищи. Изжога характерна не только для язвенной болезни. Она может встречаться при желчнокаменной болезни, хроническом панкреатите, гастродуодените и может служить одним из основных проявлений недостаточности кардиального сфинктера пищевода. В то же время она

может быть единственным симптомом язвенной болезни. Отрыжка. Возникает при недостаточности кардии в сочетании с антиперистальтикой в желудке. Чаще отрыжка бывает кислым содержимым желудка и сопровождается срыгиванием и саливацией.

Тошнота и рвота. Считаются характерными симптомами обострения болезни. Рвота возникает, как правило, на высоте болей и может приносить значительное облегчение пациенту.

Аппетит. При язвенной болезни обычно сохранен или даже повышен. Снижение аппетита наблюдается при выраженном болевом синдроме, также наблюдается ситофобия страх перед приемом пищи из-за возможного возникновения или усиления боли.

Запоры. Встречаются почти у 50 % больных язвенной болезнью. Обычно они усиливаются во время обострений заболевания и связаны с рефлексорной дискинезией со спастическими сокращениями кишечника, диетой, бедной грубоволокнистой клетчаткой, ограничением физической активности, а также приемом лекарственных средств (алмагель и др.).

Поносы. При длительных запорах может присоединиться раздражение и воспаление слизистой толстой кишки, что приводит к повышенной экссудации и поносам.

При малигнизации язвы (перерождение язвы в рак) отмечается желудочный дискомфорт после еды, стойкое похудание, немотивированная слабость, плохой аппетит, прогрессирующее снижение кислотности желудочного сока, обнаружение в желудочном соке молочной кислоты, появление болей в области желудка, не связанные с приемом пищи. При язвенном желудочно-кишечном кровотечении до мл отмечаются слабость, потливость, желудочный дискомфорт, через ч дегтеобразный стул. При большем объеме кровопотери и, что более важно, быстром его развитии, появляются рвота «кофейной гущей», сильная слабость, головокружение, шум в ушах, иногда эйфория, мелькание «мушек», «туман», «пелена» перед глазами, бледность, холодный липкий пот, тахикардия, гипотония. В этих

случаях больного надо госпитализировать. В первую очередь проводится ФЭГДС.

При перфорации возникают внезапные, «кинжальные» боли в животе, тошнота, многократная, не приносящая облегчения рвота, слабость, жажда, икота. Состояние больного прогрессивно ухудшается, лицо бледное, черты лица заострены, язык сухой, пульс нитевидный, живот вздут, газы не отходят.

Клинически выделяют три стадии.

1. Стадия шока: нестерпимая «кинжальная» боль в эпигастрии. Больной лежит на спине или правом боку, поджав ноги, стонет. Кожа бледная, влажная, покрыта холодным липким потом; отмечается брадикардия, гипотония. Живот втянут, в акте дыхания не участвует, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Перкуторно определяется исчезновение печеночной тупости. Продолжительность стадии составляет 6-10 часов.
2. Во 2 стадии клинической ремиссии интенсивность боли уменьшается, появляется жажда. Исчезает «пепельная» бледность, кожа сухая. Температура тела повышена незначительно. Отмечается тахикардия, гипотония. Язык сухой. Живот умеренно вздут, напряжен. Симптомы раздражения брюшины положительные. Печеночная тупость не определяется.
3. 3 стадия перитонита развивается через 2 часа от начала болезни. Вновь появляются нестерпимые боли в животе. Присоединяются тошнота, икота, рвота, лихорадка. Усиливается тахикардия, гипотония. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот вздут. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. Аускультативно перистальтические шумы резко ослаблены или отсутствуют.

При пенетрации (проникновение язвы в соседний орган желчный пузырь, сальник, печень, поперечную ободочную кишку, поджелудочную железу) появляются постоянные, не связанные с приемом пищи, боли в

подложечной области с иррадиацией в правое подреберье, левое подреберье, спину. Условием пенетрации является «припаивание» желудка в месте язвенного дефекта к соседнему органу вследствие перигастрита.

В анализе крови при пенетрации отмечается ускорение СОЭ; лейкоцитоз.

Стеноз привратника характеризуется ощущением тяжести, переполнения желудка после еды; рвотой съеденной накануне пищей, тухлым содержимым; похуданием; шумом «плеска» в желудке.

Проблемы: боль в области желудка, связанная с приемом пищи; изжога; тошнота; рвота; отрыжка кислым; запоры; похудание.

Уход и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный прием больными лекарственных препаратов и выявление побочных эффектов их действия; контроль передач продуктов питания от родственников; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела, стула; проведение фракционного исследования желудочного содержимого, подготовку к УЗИ желудка, ФГС, другим лабораторным исследованиям; выполнение программы ЛФК; оказание помощи при желудочно-кишечном кровотечении.

Также она проводит: беседы с больными и их родственниками о необходимости систематического приема лекарственных препаратов, о значении соблюдения режима питания, о необходимости исключения вредных привычек; обучение больных правильному приему лекарственных препаратов. Лечение больных язвенной болезнью в фазе обострения обычно проводится в стационаре индивидуально, комплексно и включает ограничение режима двигательной активности, диетотерапию, фитотерапию, фармакотерапию, физиолечение. Назначается постельный режим до стихания боли, затем на 2-3 недели полупостельный режим. Больным назначается щадящая диета, прием пищи 5-6 раз в сутки, малыми порциями. Основу медикаментозного лечения составляют средства, снижающие секрецию желудочного сока, защищающие слизистую гастродуоденальной

зоны, нормализующие моторику желудочно-кишечного тракта и способствующие заживлению язвы. С этой целью врачом назначаются антисекреторные препараты, антибактериальные средства (для эрадикации хеликобактериоза), пленкообразующие препараты, антациды, регуляторы моторики.

Антисекреторные препараты. На первом месте стоят Н-2-блокаторы гистаминовых рецепторов. Из этой группы мощным антисекреторным действием обладает омепразол (омез), который назначается по 40 мг в один прием, на ночь. Реже применяются циметидин (гистодил), ранитидин и фамотидин в дозе 20 мг (1 табл.) 3 раза в день или в дозе 40 мг однократно на ночь. Из группы М-холинолитиков часто назначается гастроцепин.

Антациды. Алмагель и алмагель А назначаются по 1 дес. л. 3 раза в день через 1-2 часа после еды и перед сном. Фосфалюгель и маалокс назначаются по 15 мл 3-4 раза в день через 1 час после еды. Викалин назначается по 2 табл. в размельченном виде 3 раза в день после еды, запивается теплой водой. Викаир (ротор) имеет аналогичный викалину состав, кроме рутина и келлина, методика его применения аналогична викалину. Антациды назначаются с учетом характера стула.

При запоре назначаются магниезиальные препараты (маалокс), при поносе альмагель. При болях назначается регулятор моторики церукал внутрь по 1 табл. (10 мг) 3 раза в день. Эглонил хорошо регулирует моторику, уменьшает чувство страха, улучшает настроение и аппетит. Вводится внутримышечно по 100 мг 1-2 раза в день или капельно в вену.

Минеральные воды. Назначаются щелочные воды Боржоми, Арзни, Джермук, Смирновская, Славяновская. При дуоденальной язве с высокой гиперсекрецией вода назначается в теплом виде, без пузырьков, по 1 стакану 3-4 раза в день за мин до еды. Выпить стакан воды следует залпом. При язве желудка, протекающей на фоне нормальной или низкой секреции, минеральные воды назначаются за 30 мин до еды, комнатной температуры, принимаются по 0,5-1 стакану малыми глотками, 3-4 раза в день.

Доврачебная помощь при желудочно-кишечном кровотечении

Информация: Жалобы на тошноту, рвоту цвета «кофейной гущи», слабость, потемнение в глазах, головокружение, шум в голове. Кожа бледная, влажная или холодный пот; рвотные массы цвета «кофейной гущи», пульс слабый, частый, возможно снижение АД, стул черного цвета.

Тактика медицинской сестры:

- Вызвать врача - для оказания экстренной помощи
- Успокоить, уложить на спину или на бок, голову повернуть набок, подложить под рот лоток или салфетку - для профилактики аспирации рвотных масс
- Положить на эпигастральную область пузырь со льдом - с целью сужения сосудов, уменьшения кровотечения
- Запретить пить, принимать пищу, разговаривать - уменьшить кровотечение
- Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД - контроль состояния
- Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты: одноразовую систему для внутривенного вливания, одноразовые шприцы с набором игл, жгут, все необходимое для определения группы крови и резус-фактора, кислород; викасол 1% - 1 мл, глюконат кальция 10% - 10 мл, дицинон 12,5% - 2 мл, кальция хлорид 10% - 10 мл (амп.); новосэвен 1,2, 2,4 и 4,8 мг (фл.); транексамовая кислота мг (таб.) и 250 мг (фл.); аминокaproновая кислота 5% мл; желатиноль мл (фл.), кальция хлорид 10% мл, натрия гидрокарбонат 4% мл, тромбин 0,2% мл (фл.).

Рак желудка

Рак желудка злокачественное опухоль желудка, развивающаяся из эпителиальной ткани, занимает одно из первых мест среди злокачественных заболеваний.

К экзогенным факторам риска относят: особенности почвы, состава воды, пищевые добавки с нитратами. Способствуют развитию рака желудка преобладание в пищевом рационе копченостей, специй, очень горячей, жирной пищи, частое употребление крепких алкогольных напитков.

Эндогенные факторы риска рака желудка: иммунодефицит, полипы желудка, хронический атрофический гастрит. Метастазы распространяются лимфогенным, гематогенным и регионарным (прорастание) путем.

Клиника. Зависит от: формы заболевания (диспептическая; болевая; лихорадочная; анемическая; кахектическая; смешанная); стадии болезни (I стадия небольшая, четко отграниченная опухоль, локализованная в толще слизистого и подслизистого слоя. Метастазов нет. II стадия опухоль, вросшая в мышечные слои стенки желудка, но не проросшая серозный слой и не спаившаяся с соседними органами. Желудок подвижен. Метастазы в ближайших зонах, подвижные, одиночные. III стадия опухоль значительных размеров, выходит за пределы желудка, вросшая в соседние органы и спаившаяся с ними. Подвижность резко ограничена. Множественные регионарные метастазы. IV стадия опухоль любых размеров при наличии отдаленных метастазов); периода (ранний, явных клинических признаков, терминальный); осложнений (кровотечение, перфорация, стеноз привратника, сепсис).

У 2-5% больных отмечается бессимптомное начало болезни, опухоль выявляется при достижении огромных размеров. В 80% случаев заболевание начинается с синдрома малых признаков: немотивированная слабость, повышенная утомляемость, желудочный дискомфорт после еды, потеря аппетита, похудание. Затем присоединяется быстрое насыщение после приема малого количества пищи, чувство переполнения желудка после еды, отрыжка «тухлым», черный стул, лихорадка. На этой стадии характерно отсутствие каких-либо закономерностей в клинических проявлениях рака желудка.

При развившемся раке желудка отмечается: потеря веса, ухудшение аппетита, отвращение к мясной пище, тошнота, рвота, кровотечение желудочное или кишечное, признаки анемии. Часто пальпируется опухоль. Многообразие клинических проявлений рака желудка на этой стадии зависит от: локализации опухоли, формы роста опухоли (экзофитная, эндофитная), распространенности процесса.

Рак кардиального отдела в начале болезни часто протекает бессимптомно, затем присоединяются признаки нарушения проходимости пищи по пищеводу (дисфагия, рвота сразу после приема сухой, плохо прожеванной пищи). Рак большой кривизны в основном проявляется признаками анемии и обнаруживается, когда опухоль достигает больших размеров.

При раке пилорического отдела основным симптомом является рвота, возникающая через несколько часов после еды, развивается прогрессирующее снижение массы тела, иногда более чем на 10 кг в месяц.

В заключительной стадии болезни больных беспокоят сильные, нестерпимые, изнуряющие боли в эпигастрии, позвоночнике, костях, суставах, правом подреберье, в животе. Отмечается анорексия, рвота после каждого приема пищи, непереносимость запахов пищи, сильнейшая слабость, пролежни. Кожа становится сухой, морщинистой, землисто-серого цвета

Для диагностики рака применяется гастродуоденоскопия с прицельной биопсией и, реже, контрастное рентгенологическое исследование (определяется дефект наполнения). Искусственное контрастирование достигается путем введения в полость контрастного вещества или газа, например сульфата бария. Выступающая в просвет органа опухоль создает на его контуре «дефект наполнения».

При лабораторном исследовании: в крови выявляются признаки анемии, увеличение СОЭ. В желудочном содержимом обнаруживается

молочная кислота, отсутствие соляной кислоты, атипичные клетки. В кале постоянно обнаруживается скрытая кровь.

Проблемы: боль в области желудка; нарушение аппетита; желудочный дискомфорт; давление, чувство переполнения в желудке после еды; отрыжка тухлым; дисфагия; тошнота; рвота; похудание.

Уход и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов; контроль передач больному продуктов питания родственниками; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела, стула; подготовку к дополнительным исследованиям; оказание помощи при рвоте, желудочном кровотечении; соблюдение деонтологических правил при уходе за больными; профилактику пролежней. Также она проводит: беседы с больными и их родственниками о значении систематического приема лекарственных средств для улучшения качества жизни пациента; обучение больных правилам приема лекарственных препаратов, постановки очистительных клизм.

Режим и диета зависят от стадии развития злокачественной опухоли и метода лечения. Пища дается механически и химически щадящая, малыми порциями не реже 4 раз в сутки.

В начале болезни медицинская сестра проводит подготовку больных к дополнительным исследованиям (лабораторные методы исследования крови, кала, мочи, желудочного содержимого), инструментальные методы (УЗИ, ФГС, рентгенологические). Особые трудности ухода в неоперабельной стадии: обеспечивается личная гигиена, самообслуживание, кварцевание, проветривание, влажная уборка палат, уход за кожей, слизистыми, промежностью при нарушении физиологических отправления, профилактика пролежней; деонтологические аспекты работы с больными и их родственниками.

Принципы и методы лечения больных раком желудка: хирургическое, лучевое, химиотерапевтическое, комбинированное. Химиотерапия является

как дополнительным, так и самостоятельным методом. Она более успешна после радикальных операций. Применяется комбинированная терапия: 5-фторурацил + циклофосфан + натулан. В небольшом числе случаев проводится лучевая терапия (при наличии противопоказаний к хирургическому лечению). При неоперабельных формах рака проводится паллиативное лечение. Назначается полноценное питание. Прием пищи 4 раза в день небольшими порциями. При возникновении рвоты назначаются препараты, регулирующие моторику желудка и двенадцатиперстной кишки (папаверин, но-шпа, галидор, церукал), местные анестетики (0,5% раствор новокаина по 1 ст. л. 3-4 раза в день, анестезин в порошке).

При болях (согласно рекомендациям ВОЗ) последовательно, по мере возрастания интенсивности и отсутствия эффекта от проводимой терапии, назначаются обезболивающие средства по ступеням:

1-я ступень периферические ненаркотические анальгетики (парацетамол, бруфен и другие нестероидные противовоспалительные средства);

2-я ступень периферические анальгетики + ко-анальгетики (транквилизаторы, нейролептики, снотворные, кортикостероиды) + слабые опиоиды (кодеин);

3-я ступень периферические анальгетики + ко-анальгетики + сильнодействующие опиаты (морфин) + центрально-действующие анальгетики-опиаты.

Одновременно проводится симптоматическое и детоксикационное лечение. Все больные нуждаются в психотерапевтической поддержке окружающих.

Дискинезия желчевыводящих путей

Дискинезия желчевыводящих путей – расстройство тонуса желчных протоков, проявляющееся нарушением оттока желчи из печени и желчного пузыря в двенадцатиперстную кишку и сопровождающееся появлением болей в правом подреберье, не связанное с воспалительным процессом.

Возникает у больных при различной патологии желудочнокишечного тракта (хронический гепатит, аллергия, гастриты, паразитарная инфекция), а также у лиц с неврастенией и различными нарушениями вегетативной нервной системы.

Клиника. Зависит от формы дискинезии (гипокинетическая, гиперкинетическая). Гиперкинетическая форма (гипертоническая, гипермоторная) характеризуется острыми, приступообразными, коликообразными болями в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, плечо. Боли кратковременные, повторяются несколько раз в сутки. Отмечаются потливость, слабость, раздражительность, снижение АД, тахикардия. Температура тела в норме, печень не увеличена. Во время приступа отмечается выраженная болезненность в точке проекции желчного пузыря (симптом Кера). Болезненность усиливается при глубокой пальпации в этой зоне (симптом Мерфи). При фракционном дуоденальном зондировании отмечается удлинение времени 2-й и 3-й фазы, укорочение времени пузырьной желчи.

При гипокинетической форме (гипотоническая, гипомоторная) отмечаются постоянные тупые, ноющие боли в правом подреберье, тошнота, отрыжка, горечь во рту, вздутие живота, запоры. Отмечается связь болей с волнением, нервно-психическим напряжением. При пальпации живота отмечается болезненность в правом подреберье. Фракционное дуоденальное зондирование: укорочение 2-й фазы, увеличение количества пузырьной желчи до 100 мл и более. Явлений воспаления нет. Рентгенологическое обследование пузырь большой, растянутый, вялый.

Проблемы: боль в правом подреберье; тошнота; горечь во рту; отрыжка; метеоризм; запоры; слабость; раздражительность.

Уход и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный прием больными лекарственных препаратов; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела; контроль за передачами продуктов питания родственниками;

выполнение программы ЛФК. Также она проводит: беседы о необходимости соблюдения диеты и режима питания, о необходимости правильного приема лекарственных препаратов; обучение больных проведению простого и сложного тюбажа. Режим назначается свободный, диета 5 с исключением острых блюд, копченостей, соленостей, жареного, консервов.

При гиперкинетической (гипертонической) дискинезии для нормализации желчеобразования и моторики врачом назначаются холеретики (образующие желчь). К ним относятся препараты: 1) содержащие желчь (хологон, дехолин, аллохол, холензим, холецин, лиобил); 2) синтетические препараты (никодин, циквалон, оксафенамид, холонертон); 3) растительные (настои и отвары). Используются: холосас по 1 ч. л. 3 раза в день за 30 мин до еды, настой кукурузных рылец (10 г на 200 мл воды) по 1 ст. л. 3-4 раза в день за 30 мин до еды, настойка листьев барбариса по кап. 3-4 раза в день.

Всем пациентам назначаются мало и среднеминерализованные воды в горячем виде (44-45⁰С). Седативная терапия включает прием микстуры Бехтерева, седуксена, валерианы.

При гипокинетической форме дискинезии (гипотонической) пациенты принимают препараты, тонизирующие организм (алоэ, элеутерококк, настойка аралии) и средства способствующие выведению желчи (холекинетики) соли магния, карловарская соль, соль Барбара, ксилит, сорбит, маннит, растительное масло. Таким пациентам назначается настой бессмертника (10 г на 200 мл воды), который принимается по 1/2 стакана 2 раза в день, 7-10 дней. Все они вызывают сокращение желчного пузыря и его опорожнение. Назначаются минеральные воды высокой минерализации комнатной температуры (по 1/2 стакана 2-3 раза в день).

Простой тюбаж: доступный холекинетик (растительное масло) + грелка на правый бок на 30 мин (10-15 процедур). Сложный тюбаж проводится при атонии желчного пузыря. Он включает: прием г сернокислой магнезии + грелка на правый бок на 20 мин. Затем проводится прием г сорбита (ксилита)

в 100 мл воды (или 3 таблетки аллохола) + 1 таблетка но-шпы или папаверина. ЛФК.

Профилактика. Первичная: лечение невротических расстройств, устранение конфликтных ситуаций, формирование навыков здорового образа жизни, регулярное питание. Вторичная: создание условий для хорошего оттока желчи и улучшения регуляторных механизмов желчевыведения четырехразовый прием пищи в одно и то же время, регулярное опорожнение кишечника, общеукрепляющее восстановительное лечение в осенние и весенние месяцы.

Хронический холецистит

Холецистит хронический хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря. Причинами хронического холецистита являются:

- 1) дискинезии желчных путей с нарушением оттока желчи;
- 2) воспалительные и инфекционно-аллергические изменения стенок желчного пузыря;
- 3) очаги хронической бактериальной инфекции (ЛОР и стоматологические болезни, циститы, пиелонефриты, женские воспалительные болезни, болезни кишечника);
- 4) паразитарная инфекция (лямблиоз, описторхоз);
- 5) травмы желчного пузыря.

Предрасполагающие факторы: ожирение, беременность, погрешности в диете, дисбактериоз. Обострение холецистита обычно связано с погрешностями в диете, приемом жирной, жареной пищи, алкоголя; нервно-психическими перегрузками, тяжелой физической работой.

Клиника. Зависит от: фазы болезни (обострение, ремиссия), наличия сопутствующей дискинезии (гипотоническая, гипертоническая), тяжести течения (легкое, средней тяжести, тяжелое); осложнений (реактивный панкреатит, реактивный гепатит, образование камней в желчном пузыре, хронический дуоденит). В фазе ремиссии пациенты жалоб обычно не

предъявляют. При погрешностях в диете и сопутствующей гиперкинетической дискинезии могут возникать кратковременные приступообразные боли в правом подреберье; при гипокинетической дискинезии в таких случаях боли монотонные, неинтенсивные, постоянные. В фазе обострения заболевания отмечается повышение температуры тела, появляется и нарастает тошнота, отрыжка воздухом, горечь во рту, тяжесть в подложечной области, снижение аппетита.

Болевой синдром может сопровождаться повторной рвотой с примесью желчи, не приносящей облегчения. Частыми симптомами являются также неустойчивый стул (чередование запоров с поносами), раздражительность, плохой сон и аппетит. Отмечаются бледность и желтушность кожных покровов. Язык обложен желто-бурым налетом. При пальпации живот напряжен в правом подреберье, болезненный, положительные симптомы Кери, Мерфи, Ортнера.

В анализе крови определяется ускорение СОЭ, лейкоцитоз. При исследовании пузырной желчи отмечается: кислая реакция, снижение удельного веса, хлопья слизи, наличие большого количества лейкоцитов, кристаллов жирных кислот. Уменьшение «времени желчи «В» при нормальном ее объеме свидетельствует о гиперкинезии желчного пузыря, большой объем пузырной желчи (более 70 мл) и времени порции В более 25 мин. свидетельствует о гипокинетической дискинезии. На холецистограммах выявляются тени камней. Течение болезни длительное, периоды обострения сменяются ремиссией.

Проблемы: боль в правом подреберье тошнота; рвота; отрыжка горечью; запоры; понос; слабость; плохой аппетит; плохой сон.

Уход и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: четкое и своевременное выполнение назначений врача (ставит клизмы при запорах, грелки, припарки, тепловые аппликации на область желчного пузыря; организует и проводит разгрузочные дни; своевременный прием лекарственных препаратов; оказание помощи при приступе печеночной

колики; контроль правильного приема лекарственных препаратов; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела; проведение ЛФК; подготовку больных к исследованиям (холецистография, УЗИ, дуоденальное диагностическое зондирование).

Также она проводит: беседы о значении систематического приема лекарственных средств; о значении рационального питания, диеты с ограничением жирной пищи; обучение больных проведению простого и сложного тюбажа.

Режим назначается общий, свободный, диета основной вариант стандартной. Дробное питание (каждые 4 часа) способствует регулярному физиологическому опорожнению желчного пузыря. Пища должна содержать растительное или сливочное масло, достаточное количество белков, обладающих желчегонным действием. Углеводы желчегонным действием не обладают и поэтому их можно ограничить, за исключением сорбита. Рекомендуются 3-х кратный прием сырых овощей и фруктов.

Консервативное лечение направлено на подавление инфекции, воспалительного процесса в желчевыводящих путях, восстановление моторной функции желчевыводящей системы.

Антибактериальная терапия включает прием антибиотиков широкого спектра действия (полусинтетические пенициллины, макролиды, цефалоспорины, тетрациклины) в течение 1-2 недель, реже сульфаниламидов (сульфален, сульфадиметоксин), нитрофурановых препаратов (фуразолидон). Для лечения описторхоза назначается празиквантел (билтрицид) по 40 мг/кг в 2-3 приема, лямблиоза нитрофурановые препараты (фуразолидон) в обычных дозах с обязательным контролем через 6 месяцев. Для нормализации моторной функции желчевыводящей системы назначаются желчегонные препараты.

У пожилых и старых людей хронический холецистит сочетается с гастритом со сниженной секреторной функцией, хроническим панкреатитом. Таким пациентам часто назначается заместительная терапия (ацидинпепсин,

панкреатические ферменты, не содержащие желчных кислот), минеральные воды (Славяновская, Смирновская, Ессентуки 4) в теплом виде, 2-3 раза в день (если кислотность низкая за мин до еды) в течение 7-14 дней. Минеральные воды используются для проведения тюбажей (1-2 раза в неделю). Физиолечение включает прием пациентами питьевых минеральных вод (хлоридные натриевые, гидрокарбонатные, сульфатно-хлоридные натриевые, сульфатно-хлоридные калиево-магниево-натриевые), грязевые или парафино-озокеритовые аппликации, гальваногрязь, ультразвук. При сочетании хронического холецистита с гипермоторной дискинезией по назначению врача пациенты принимают: седативные препараты (валериана, триоксазин, реланиум и др.), спазмолитики, холеретики (хологол, аллохол, холензим, лиобил и др.). Курс лечения холеретиками продолжается 3-4 недели. С заместительной целью назначаются панкреатические ферменты, содержащие желчные кислоты фестал, дигестал, панзинорм (по 1-2 драже до еды в течение дней). При сочетании хронического холецистита с гипотонической дискинезией назначаются: биостимуляторы женьшень, элеутерококк, заманиха; холекинетики сорбит, ксилит по 5-10 г. 2 раза в день; оливковое или облепиховое масло по 1 ст. л. 2-3 раза в день до еды; беззондовое зондирование 2 раза в неделю.

Желчнокаменная болезнь

Желчнокаменная болезнь (калькулезный холецистит) хроническое полиэтиологическое воспалительное заболевание желчевыводящих путей с образованием камней в желчном пузыре, в общем желчном протоке, в печеночных желчных ходах. Болеют лица старше 40 лет, преимущественно женщины.

Способствующими факторами являются ожирение, нерегулярное питание, высококалорийная пища, повторные обострения хронического холецистита. Желчные камни образуются вследствие выпадения в осадок и кристаллизации главных составных частей желчи, чему способствуют

изменения состава желчи, воспаление, застой желчи. Чаще камни образуются в желчном пузыре, реже в печеночных протоках и во внутрипеченочных желчных ходах.

Клиника. Зависит от формы заболевания (остроболевая, торпидноболевая, диспептическая, латентная), осложнений (холецистит, холангит, холецистопанкреатит; механическая кишечная непроходимость, желтуха, эмпиема желчного пузыря, водянка желчного пузыря, атрофия желчного пузыря, билиарный цирроз печени). Приблизительно в 90% случаев болезнь протекает бессимптомно. На холецистограммах выявляются тени камней, при УЗИ эхоположительные тени конкрементов.

Остроболевая форма. Характеризуется возникающими с различными интервалами приступами типичной желчной колики. Печеночная (желчная) колика ведущее проявление ЖКБ приступы острейших болей в правом подреберье, обусловленных спастическим сокращением гладкой мускулатуры растянутого желчного пузыря или желчных путей, препятствующих оттоку желчи. Во время приступа больные беспокойны, мечутся, стонут. Боль в области желчного пузыря возникает внезапно; изредка появляется чувство тяжести и распираания в правом подреберье. Чаще приступ начинается в ночные или вечерние часы. Провоцируют приступ погрешности в диете (обильная жирная, жареная пища), прием охлажденных газированных напитков, алкоголя, эмоциональные и физические перегрузки, тряская езда, курение. Боль локализуется в правом подреберье и эпигастрии, редко в левом подреберье, иррадиирует в правое плечо, лопатку, руку. Отмечаются тошнота, рвота, метеоризм, задержка стула. Продолжительность приступа составляет от нескольких минут до нескольких часов.

В случае присоединения инфекции наблюдается повышение температуры, лейкоцитоз в крови, ускорение СОЭ, биохимические сдвиги. При торпидно-болевогой форме наблюдаются длительные, тупые боли в правом подреберье. На их фоне могут быть приступы острых болей,

диспептические расстройства, связанных с погрешностями в диете, физической нагрузкой, тряской ездой. Боли иррадируют в правую лопатку, в правую половину шеи.

При диспептической форме отмечается непереносимость жирной пищи, чувство горечи во рту, отрыжка воздухом, вздутие живота, тяжесть в правом подреберье, неустойчивый стул. Иногда у больных возникает неустойчивый стул («желчный понос»). Местные симптомы мало выражены или отсутствуют. В редких случаях возникает дискинезия кишечника с метеоризмом.

Камни в желчном протоке. Боли в правом подреберье, диспептические симптомы, периодическая рвота, горечь, сухость во рту. При вентильном камне или полном перекрытии пузырного протока в желчном пузыре вместо желчи накапливается слизеподобная жидкость, развивается водянка желчного пузыря с последующим сморщиванием желчного пузыря и атрофией. Камни в общем желчном протоке. Интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую половину туловища, тошнота, рвота, горечь во рту, желтуха, потемнение мочи, ахоличный кал. При пальпации живот напряжен, болезненный в правом подреберье. Положительный симптом Ортнера. Камни в крупных протоках печени. Боли тупого характера в правом подреберье, горечь во рту, усиливающиеся при погрешностях в диете, тряской езде. Печень увеличена.

Проблемы: боль в правом подреберье; тяжесть и распирающие в животе; тошнота; рвота; метеоризм; горечь во рту; слабость.

Уход и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов; контроль за соблюдением диеты, передачами продуктов питания; переносимостью фармакотерапии и своевременно выявляет симптомы побочных эффектов препаратов (диспептические расстройства); оказание неотложной помощи при приступе печеночной колики; контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела; проведение

ЛФК. Также она проводит: беседы о необходимости соблюдения диеты и режима питания, о значении систематического приема лекарственных средств; обучение больных правильному приему лекарственных препаратов, технике тюбажа. Режим назначается в зависимости тяжести заболевания. Постельный режим назначается только во время приступа заболевания, желтухе и симптомах выраженного воспаления. Питание проводится согласно щадящей диеты.

Принципы лечения желчнокаменной болезни включают:

- 1) устранение нарушенной моторной функции желчевыводящих путей;
- 2) улучшение оттока желчи;
- 3) уменьшение воспалительного процесса в желчевыводящей системе.

С этой целью проводятся тепловые процедуры на область печени грелки, сухое тепло, озокерит, парафин, припарки. При явлениях воспаления (лихорадка, слабость, в крови лейкоцитоз, ускорение СОЭ) по назначению врача проводится лечение, направленное на подавление инфекции (антибиотики, реже сульфаниламиды, нитрофурановые препараты, бисептол, эубиотики; антибиотик выбора - цефуроксин). Также назначаются желчегонные средства (холеретики и холекинетики), спазмолитики. В настоящее время применяются препараты, растворяющие камни. Хенодезоксихолевая кислота (хенофальк, хенохолол) назначается по 1 капс. (250 мг) утром за 1,5 ч до еды и 2 капс, на ночь. У больных с массой тела выше 70 кг доза составляет 1-2 г/сут. Лечение длительное, до 6-24 мес. Для уменьшения литогенности желчи используются лиобил в дозе 0,4-0,8 г 3 раза в день; липрохол по 0,2-0,4 г 3 раза в день после еды. Назначается лечебная диета с отрубями (до 30 г/сут), прием растительного масла. При неэффективности консервативной терапии проводится хирургическое лечение эндоскопическая (лапороскопическая) или открытая (лапоротомическая) холецистэктомия.

При отказе от операции или противопоказаний к ней, проводится: экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия множественных больших

камней; ретроградная перфузия желчного пузыря эфиром метилтербуталином с целью растворения холестериновых камней. Длительная пероральная терапия желчными кислотами до полного растворения холестериновых (небольших) камней имеет ограниченное применение.

Физиотерапия включает прием гидрокарбонатных вод (содержащие сульфаты и магний) в теплом или горячем виде по 250 мл 3 раза в день в течение 2-3 недель.

После осмотра хирурга купирование приступа предусматривает введение п/к 1 мл 0,1% р-ра атропина, 1 мл 0,2% р-ра платифиллина гидротартрата или 2 мл 2% р-ра папаверина. При отсутствии эффекта вводят обезболивающие препараты. Наблюдение и лечение проводится в хирургическом отделении.

Доврачебная помощь при приступе желчной колики

Информация: У пациентки, страдающей желчнокаменной болезнью, жалобы на приступообразные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую половину шеи, под правую лопатку, тошноту, многократную рвоту, слабость. Кожа бледная, влажная; язык суховат, обложен серым налетом; ЧДД 18 в 1 мин; пульс слабый, частый; умеренная гипотония; живот резко болезненный в правом подреберье. Симптом Ортнера резко положительный.

Тактика медицинской сестры.

1. Вызвать врача, для диагностики и оказания квалифицированной помощи
2. Успокоить, создать удобное положение в постели, уложить на спину или на бок, голову повернуть набок, подложить под рот лоток или салфетку
3. Обеспечить полный голод, физический и психический покой
4. Положить теплую грелку на правое подреберье.
5. Дать 1 таблетку нитроглицерина под язык
6. Измерить АД, подсчитать пульс, ЧДД
7. Подготовить аппаратуру, инструментарий, медикаменты: одноразовую систему для внутривенного вливания, одноразовые шприцы с набором

игл, жгут; анальгин 50% - 2 мл, атропин 0,1% - 1 мл, баралгин 2% - 2 мл, димедрол 1% - 1 мл, дицител 50 мг (таб.), дюспаталина ретард 200 мг (капс.), но-шпа 2% - 2 мл, омнопон 1% - 1 мл, промедол 2% - 1 мл, папаверин 2% - 2 мл, платифиллина гидротартрат 0,2% - 1 мл, эуфиллин 2,4% - 10 мл (амп.); нитроглицерин - 0,5 мг (таб.); гемодез мл (фл.), глюкоза 5% раствор, полиглюкин, реополиглюкин, натрия хлорид 0,9% раствор (фл. по 400 мл).

Профилактика. Первичная: двигательная активность (гимнастика, верховая езда, прогулки), рациональное питание, устранение вредных привычек, здоровый образ жизни. Вторичная: предупреждение обострения и прогрессирования болезни (соблюдение диеты, частое дробное питание, достаточное количество в пище растительной клетчатки), применение желчегонных средств.

Цирроз печени

Цирроз печени конечная стадия хронических болезней печени, характеризующаяся нарушением долькового строения органа, заменой печеночных клеток соединительной тканью, фиброзом, синдромами печеночно-клеточной недостаточности и портальной гипертензии.

Заболевание полиэтиологическое: токсические воздействия (4-х хлористый углерод), токсико-алиментарные влияния, острый вирусный и хронический гепатит, туберкулез, прием гепатотоксичных лекарственных средств (левомицетин, противотуберкулезные препараты), несбалансированное питание, алкоголизм, белково-витаминная недостаточность. У каждого четвертого этиологию выяснить не удается это «криптогенный» цирроз.

Активный цирроз характеризуется наличием некротизированных гепатоцитов, воспалительных инфильтратов, неактивный их отсутствием.

Клиника. Зависит от: формы цирроза (вирусный, портальный, токсический, алкогольный, цирроз как финале аутоиммунного гепатита;

первичный билиарный, криптогенный); течения болезни (стабильное, медленно прогрессирующее, быстро прогрессирующее), периода заболевания (начальный компенсация, билирубин менее 20 мкмоль/л; развернутый субкомпенсация, асцит умеренно выраженный, поддается консервативному лечению, билирубин мкмоль/л; терминальный с выраженной паренхиматозной и портальной недостаточностью декомпенсация, асцит, печеночная энцефалопатия с прекомой и комой, билирубин более 40 мкмоль/л), активности процесса (активный, неактивный); осложнений (портальная гипертензия, энцефалопатия, кровотечения, рак печени).

Начальный период. Больные часто не предъявляют жалоб. Цирроз обычно обнаруживается случайно при профосмотре. При развитии его появляются упорные тяжесть и тупая боль в области печени и эпигастрии, усиливающиеся после еды, физической нагрузки; горечь во рту, вздутие живота, слабость, повышенная утомляемость. Печень увеличена, плотная, неровная, болезненна при пальпации. Общий анализ крови и биохимические печеночные тесты (билирубин, сулемовая проба, проба Вельтмана и др.) без существенных изменений. АсАТ и АлАТ увеличены в 1,5-2 раза.

Развернутый период. Отмечаются выраженная слабость, повышенная утомляемость, боли в правом подреберье, плохой аппетит (анорексия), тошнота, рвота, горечь и сухость во рту, метеоризм, похудание, кожный зуд, головная боль, кровотечение из десен, носа, желудка, пищевода, геморроидальных вен.

При осмотре: мышечная атрофия, желтуха, красные ладони, «лакированный» язык, красная кайма губ, телеангиоэктазии. Печень увеличена, плотная, бугристая, болезненная, увеличенная селезенка. Отеки.

Общий анализ крови: ускорение СОЭ, анемия, лейкоцитоз; биохимический анализ крови: положительные печеночные пробы (сулемовая, формоловая, тимоловая, увеличение содержания общего билирубина в 2,5 раза, АсАТ и АлАТ в 5 раз).

В моче: протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия, никтурия. Период выраженной паренхиматозной и портальной недостаточности, терминальный. Выраженная желтуха, портальная гипертензия, гиперспленизм, признаки энцефалопатии (ступор, сопор, печеночная кома), нарастающая хроническая почечная недостаточность. Отеки, асцит, расширение подкожных вен живота, сосудистые «звездочки», пальцы в виде барабанных палочек, «печеночные ладони», правосторонний плевральный выпот, пупочная грыжа. Наблюдается тяжелый геморрагический синдром с кровотечениями (пищеводные, желудочные, кишечные, геморроидальные, маточные). Возможно прогрессирующее уменьшение печени.

Общий анализ крови: анемия, тромбопения, лейкоцитоз, ускорение СОЭ; биохимический анализ крови: положительные печеночные тесты (содержание прямого непрямого билирубина, АлАТ, АсАТ, тимоловая и формоловая пробы, Вельтмана). Показатели неблагоприятного прогноза: билирубин выше 300 мкмоль/л, альбумин ниже 20 г/л, протромбиновый индекс менее 60%.

Проблемы: боль в правом подреберьи; метеоризм; чувство тяжести и распираания в животе; горечь и сухость во рту; тошнота; рвота; желтуха; кожный зуд; носовые, маточные, желудочно-кишечные, геморроидальные кровотечения; анорексия; отеки; асцит; слабость; похудание.

Уход и лечение. Медицинская сестра обеспечивает: четкое и своевременное выполнение назначений врача; своевременный и правильный прием больными лекарственных препаратов; контроль побочных эффектов фармакотерапии (диспептические расстройства); контроль АД, ЧДД, пульса, массы тела, величины суточного диуреза, стула, профилактику пролежней.

Также она проводит: беседы о необходимости соблюдения диеты и режима питания, об исключении вредных привычек; обучение больных самоконтролю ЧДД и пульса. Двигательный режим определяется тяжестью состояния. Больные в стадии компенсации и минимальной активности

процесса не ограничиваются в двигательной активности. Лечебное питание проводится согласно стандартной диеты.

При компенсированном циррозе в рационе повышается содержание белка; при развитии энцефалопатии количество белка заметно уменьшается, ограничивается (низкобелковая диета); при асците назначается бессолевая диета. Питание молочное (творог, кефир, молоко), дробное 5-6 раз/сут. Исключается жареное, копчености, солености, приправы, шоколад, кофе.

При компенсированном циррозе 2-3 раза в год проводится терапия амбулаторно (лучше в дневном стационаре): 5-6 в/в переливаний гемодеза по 200 мл или 5% раствора глюкозы по мл в сочетании с приемом карсила или легалона по 2 табл. 3 раза в день. Проводится переливание нативной плазмы или альбумина по мл через день, 4-5 раз. Назначается ретаболил по 50 мг внутримышечно 1 раз в 10 дней, 3-4 инъекции. При гипохромной анемии принимается ферроплекс, тардиферон, ферроградумет. Каждый квартал в течение 3 недель принимаются ферменты протеолиза, не содержащие желчных кислот (панцитрат, мезим форте, креон) Прием желчегонных препаратов и ферментов, содержащие желчь, противопоказан.

При субкомпенсированном циррозе лечение проводится в условиях стационара. Предусматривается прием диуретиков: верошпирона, фуросемида, при необходимости в сочетании с триампуром. Гепатопротекторы карсил, легалон назначаются при отсутствии холестаза (желтухи). При синдроме холестаза назначается гептрал по 1 табл. 3 раза в день. Применяются гормоны, витамины, глюкоза.

При декомпенсированном циррозе проводится парацентез (пункция брюшной полости) с эвакуацией 4-6 л жидкости с одновременным в/в введением мл 10-20% раствора альбумина, 400 мл полиглюкина. Назначаются клизмы с ацетатом натрия или сульфатом магния (при запорах или предшествующих кровотечениях из вен пищевода), гепастерил А в вену капельно; гепамерц внутрь по 6 г 3 раза в день; неомицин или ампициллин по 1 г 4 раза в день; лактулоза по 30 мл внутрь 2 раза в день. Всем больным

назначаются диуретики (гипотиазид, фуросемид, верошпирон, триамтерен). Однако обильный диурез, при даче мочегонных, может вызвать печеночную энцефалопатию (головная боль, нарушения сна, памяти, внимания, раздражительность) о чем следует немедленно сообщить врачу, так как указанные симптомы могут быть предвестниками печеночной комы.

Важное место в лечении цирроза занимают гепатопротекторы витамины группы В, С, А, Е; никотиновая, фолиевая, липоевая, аскорбиновая кислоты; легалон; ЛИВ-52, эссенциале, рибоксин, корсил.

При варикозном расширении вен пищевода для снижения давления в воротной вене назначаются в-адреноблокаторы (пропранолол, надолол). Дезинтоксикационная терапия включает: в/в введения гемодеза, реополиглюкина, 5% раствор глюкозы, применяется кокарбоксилаза (100 мг), вит. С (5% 5 мл), вит. В6 (5% 1 мл), глюконат кальция, викасол; проводится гемосорбция.

Питание при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

Лечебное питание при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Диета №1. Применение диеты №1 направлено на обеспечение умеренного щажения желудка от механической, химической и температурной агрессии с ограничением в рационе блюд, обладающих выраженным раздражающим действием на стенки и рецепторный аппарат верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, а также трудноперевариваемых продуктов.

Исключают блюда, являющиеся сильными возбудителями секреции и химически раздражающие слизистую оболочку желудка. Из рациона исключаются как очень горячие, так и очень холодные блюда.

Режим питания при диете № 1 дробный, до 6 раз в сутки, малыми порциями. Необходимо, чтобы перерыв между приемами пищи не составлял более 4 ч, за час до сна допускается легкий ужин. На ночь можно выпить стакан молока или сливок. Пищу рекомендуется тщательно пережевывать.

Пища жидкая, кашицеобразная и более плотной консистенции в вареном и преимущественно протертом виде. Так как при диетическом питании очень важна консистенция пищи, то сокращают количество продуктов, богатых клетчаткой (таких как репа, редька, редис, спаржа, фасоль, горох), фруктов с кожицей и незрелых ягод с грубой кожицей (таких как крыжовник, смородина, виноград, финики), хлеба, приготовленного из муки грубого помола, продуктов, содержащих грубую соединительную ткань (таких как хрящи, кожа птицы и рыбы, жилистое мясо).

Блюда готовятся отварными или на пару. После этого измельчаются до кашицеобразного состояния. Рыбу и негрубые сорта мяса можно употреблять целым куском. Некоторые блюда можно запекать, но без корочки.

Лечебное питание при дискинезии желчевыводящих путей
Назначается диета №5 (по Певзнеру)

Разрешенные продукты

- Напитки и десерты: кисели и компоты из свежих с сухофруктов (только сладких), овощные соки без соли и пряностей, некрепкий чай с обезжиренным молоком, мед, варенье (ограниченно), мармелад, пастила, зефир, муссы и желе.
- Хлеб: суточный или подсушенный пшеничный.
- Овощные супы.
- Обезжиренные молочные продукты.
- Слизистые разваренные каши: рисовая, гречневая, пшеничная, овсяная.
- Диетическое мясо.
- Нежирная рыба.
- Яйца (не более 1 шт. в день в виде омлета или сваренное всмятку).
- Жиры: растительное масло, несоленое сливочное масло
- Запеченные сладкие фрукты (яблоко, груша), сладкие сухофрукты (курага, изюм, чернослив).

Запрещенные продукты

- полностью исключаются спиртные напитки, черный кофе, лимонады и газировку, энергетики, бульоны, квас,
- кислые горячие блюда (щи, рассольник, зеленый борщ),
- бобовые овощи, грибы
- перловая, пшенная и кукурузная крупа
- жирное мясо и сало, жирные сорта рыбы (лосось, скумбрия, семга)
- острые и кислые овощи и зелень (капуста, лук-порей, шпинат, шавель),
- кулинарный, бараний, свиной, говяжий жир, маргарин
- субпродукты, консервированные, соленые, маринованные, копченые, жареные, пряные, острые блюда
- сваренные вкрутую яйца
- свежие хлебо-булочные изделия, черный хлеб и сухари из него
- фаст-фуд
- мороженое, жирные молочные продукты
- шоколад, кондитерские изделия, слоеное тесто, сдобная выпечка

Подготовка пациентов к исследованиям

1. Подготовка к УЗИ органов брюшной полости.

За 3 суток до УЗИ нужно соблюдать диету, которая снизит газообразование в кишечнике.

Набор разрешенных продуктов перед УЗИ брюшной полости: зерновые каши: гречневая, овес на воде, ячневая, льняная, мясо птицы или говядина, нежирная рыба — приготовленная на пару, запеченная или отваренная, 1 яйцо всмятку в день, нежирный сыр.

Питание должно быть дробным, 4-5 раз в сутки каждые 3-4 часа. Прием жидкости (вода, некрепкий чай) около 1,5 л в сутки.

Последний прием пищи — в вечернее время (легкий ужин).

Из диеты нужно исключить продукты, повышающие газообразование в кишечнике: сырые овощи и фрукты, бобовые (горох, фасоль), хлеб и сдоба (печенье, торты, булочки, пирожки), молоко и молочные продукты.

При необходимости назначают прием препаратов, улучшающих пищеварение (фестал или мезим 3 раза в день по 1 таб. после еды) и снижающих газообразование (смекта, энтеросгель или симетикон).

2. Подготовка к ФГДС.

Проинформировать пациента:

- с 19 часов вечера накануне исследования не есть, не пить;
- исследование проводится утром натощак.

3. Подготовка к дуоденальному зондированию.

Проводят диагностику натощак, утром. Ужин накануне должен быть легким, при этом исключаются картофель, молоко, черный хлеб и другие продукты, повышающие газообразование. За 5 дней до проведения зондирования следует прекратить прием желчегонных препаратов, антиспастические, сосудорасширяющие, слабительные.

Практические манипуляции

Помощь при рвоте

I. Подготовка к процедуре:

1. Успокоить пациента, информируйте его о ваших действиях.
2. Усадить пациента, если позволяет состояние.
3. Надеть маску, фартук, перчатки.
4. Одеть пациенту фартук или салфетку.
5. Поставить таз между ног пациента.

II. Выполнение процедуры:

1. Наклонить пациента вперед, положив свою ладонь ему на лоб и придерживая голову.
2. Дать пациенту стакан с водой для полоскания рта после рвоты.
3. Вытереть рот и подбородок пациента салфеткой.

III. Окончание процедуры:

1. Снять с пациента фартук.

2. Уложить пациента в кровать на бок, укрыть одеялом, следить за состоянием.
3. Убрать емкость с рвотными массами из палаты, показав врачу.
4. Убрать все на полу.
5. Проветрить палату.
6. Снять маску, фартук, перчатки, положить в ёмкость с дезинфицирующим раствором.
7. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

Техника применения грелки

Оснащение: грелка резиновая, полотенце, вода $t = 60-70\text{ }^{\circ}\text{C}$, водный термометр, емкость с дезинфицирующим раствором, ветошь.

Подготовка к манипуляции

1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход процедуры, получить согласие на процедуру.
2. Подготовить необходимое оснащение.
3. Налить горячую ($60\text{ }^{\circ}\text{C}$) воду в грелку (на $2/3$ объема).
4. Выпустить воздух сжатием верхней трети грелки, завинтить пробку.
5. Опрокинуть грелку пробкой вниз, вытереть грелку насухо. Завернуть грелку в полотенце.

Выполнение манипуляции

1. Приложить грелку к области проекции желчного пузыря на 20 минут. При длительном применении по назначению врача делать 10-15 минутный перерыв, меняя воду.

Завершение манипуляции

1. Снять грелку через 20 минут.
2. Осмотреть кожу пациента, помочь пациенту лечь в удобное положение, укрыть.
3. Убрать грелку, открыть ее и вылить воду.
4. Надеть перчатки. Обработать грелку ветошью, смоченной в любом дезинфицирующем растворе, двукратно с интервалом в 15 минут.

5. Вымыть водой, высушить и хранить в специально отведенном месте.
6. Провести деkontаминацию рук. Снять перчатки, сбросить в контейнер с дезинфицирующим средством.
7. Сделать отметку о выполненной манипуляции в лист назначений.

Техника сбора кала на скрытую кровь

Цель: диагностическая

Показания:

1. По назначению врача.
2. Заболевания желудочно-кишечного тракта.

Противопоказания: кровотечение из нижних отделов толстого кишечника.

Подготовить:

1. Стерильные перчатки.
2. Стерильный шпатель.
3. Чистая сухая баночка.

Подготовка пациента:

1. Назначается диета: за 3 дня до анализа из рациона пациента исключается мясо, свекла, продукты, вызывающие брожение (черный хлеб, яблоки, яйца и другие).
2. Нельзя чистить зубы.

Техника выполнения:

1. Утром собирают свежесвыделенный кал шпателем в чистую, сухую баночку в количестве 15-20 гр.
2. На баночку наклеивается направление с указанием Ф.И.О, возраст, диагноз, отделение или адрес.

Последующий уход: при необходимости выполняется обработка анального отверстия.

Возможные осложнения: нет.

Техника выполнения внутривенной инъекции

1. Вымойте руки с мылом, высушите индивидуальным полотенцем, обработайте кожным антисептиком;
2. Проверьте срок годности и герметичность упаковки шприца. Вскройте упаковку, соберите шприц и выложите его в стерильный почкообразный лоток;
3. Проверьте название, срок годности, физические свойства и дозировку лекарственного препарата. Сверьте с листком назначения;
4. Возьмите стерильным пинцетом 2 ватных шарика со спиртом и сбросьте их в ладони. Обработайте и вскройте ампулу;
5. Наберите в шприц нужное количество лекарственного препарата;
6. Сбросьте защитный колпачок с иглы, и пустую ампулу в лоток для отработанного материала (кроме ампул от сильнодействующих и наркотических лекарственных средств);
7. Положите шприц в стерильный лоток;
8. Положите в стерильный лоток со стороны поршня стерильные ватные шарики (не менее 4 штук);
9. Объяснить пациенту ход манипуляции;
10. Усадите или уложите пациента. Под локоть для максимального разгибания руки положите клеенчатую подушку;
11. Наложите через одноразовую пеленку или салфетку (или на одежду) на среднюю треть плеча венозный жгут так, чтобы его свободные концы были направлены вверх, а петля вниз. Попросите пациента поработать кулаком;
12. Наденьте стерильные перчатки. Снимите с их поверхности тальк ватным шариком со спиртом;
13. Пропальпируйте наиболее доступную и наполненную вену, ватным шариком с кожным антисептиком обработайте всю область локтевого сгиба (в направлении снизу вверх);

14. Попросите пациента сжать кулак, после чего обработайте место инъекции ватным шариком с кожным антисептиком;
15. Натяните большим пальцем левой руки кожу локтевого сгиба на себя, фиксируя вену;
16. Возьмите шприц в правую руку, держа указательный палец на канюле иглы, расположите иглу срезом вверх, параллельно поверхности осторожно проколите кожу и вену (одномоментно или двухмоментно) и продвиньте иглу на $1/3$ длины по вене до ощущения попадания в пустоту или появления крови в канюле и цилиндре шприца;
17. Потяните рукой поршень на себя так, чтобы в цилиндре шприца появилась кровь;
18. Развяжите жгут, потянув за один из свободных концов, попросите пациента разжать кулак, еще раз потяните поршень на себя для проверки контакта иглы с веной;
19. Введите лекарственный препарат, не меняя положение шприца;
20. Приложите к месту инъекции ватный шарик с кожным антисептиком и извлеките иглу из вены;
21. Попросите пациента согнуть руку в локтевом суставе, оставив шарик до полной остановки кровотечения из места прокола;
22. Выяснив самочувствие пациента, заберите ватный шарик и проводите его до дверей кабинета.
23. Вымойте руки с мылом, высушите индивидуальным полотенцем, обработайте кожным антисептиком.

Техника внутримышечной инъекции

Оснащение:

- Спиртовые стерильные салфетки;
- Перчатки одноразовые;
- Лекарственные препараты;
- Стерильный, одноразовый шприц;
- Раствор кожных антисептиков;

- Контейнер для отработанного материала.

Последовательность действий:

1. Убедитесь в целостности стерильной упаковки и сроке годности инструментария, ампул, флаконов, а также в соответствии лекарства назначению.
2. Помогите больному занять удобное положение: при введении в ягодицу - на животе или на боку; в бедро - лежа на спине со слегка согнутой в коленном суставе ногой или сидя; в плечо - лежа или сидя;
3. Определите место инъекции;
4. Вымойте руки с мылом проточной водой, высушите руки бумажной салфеткой, которой затем закроете кран, обработайте их одним из растворов кожных антисептиков (70° спирт, Стериллиум, и др., согласно инструкции к препарату), наденьте перчатки, (все повреждения кожи на руках должны быть закрыты лейкопластырем);
5. Собрать шприц, (открыть пакет со шприцем и иглой, левой рукой захватить цилиндр в нижней части, правой рукой взять иглу за пластмассовый колпачок и вращательным движением муфты иглы насадить на шприц и хорошо притереть).
6. Шейку ампулы или резиновую пробку флакона предварительно протереть специальной салфеткой с антисептиком или стерильным тампоном, смоченным 70° этиловым спиртом.
7. Наберите лекарство в шприц, удалите пузырьки воздуха из шприца надавливанием на поршень.
8. Обработайте место инъекции последовательно двумя спиртовыми салфетками: вначале большую зону, затем - непосредственно место инъекции;
9. Возьмите в правую руку шприц (5-й палец положите на канюлю иглы, 2-ой палец - на поршень шприца, 1-ый,3-ий, 4-ый пальцы - на цилиндр);

10. Растяните и зафиксируйте 1-2-ым пальцами левой руки кожу в месте инъекции;
11. Введите иглу в мышцу под прямым углом, оставив 2-3 мм иглы над кожей;
12. Перенесите левую руку на поршень, захватив 2-ым и 3-им пальцами цилиндр шприца, 1-ым пальцем надавите на поршень, и введите лекарственное средство;
13. Прижмите левой рукой место укола новой спиртовой салфеткой, и оставьте ее на раневой поверхности;
14. Извлеките иглу правой рукой;
15. Сбросьте использованный шприц и иголку в контейнер для отработанного материала.
16. Снимите перчатки, сбросьте их в контейнер для отработанного материала.
17. Проведите гигиеническую обработку рук одним из кожных антисептиков.

Вопросы для закрепления

1. Причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организация и оказание сестринской помощи при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;
2. Причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организация и оказание сестринской помощи при хроническом гастрите;
3. Причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организация и оказание сестринской помощи при раке желудка;

4. Причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организация и оказание сестринской помощи при желчнокаменной болезни.
5. Причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организация и оказание сестринской помощи при хроническом гепатите.
6. Причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, организация и оказание сестринской помощи при циррозе печени.

Тест - контроль

Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

1. Основная проблема пациента при язвенной болезни 12-перстной кишки
 - а) боль в эпигастрии ранняя, ноющая
 - б) боль в эпигастрии режущая, голодная
 - в) боль в эпигастрии колющая, схваткообразная
 - г) боль в эпигастрии опоясывающая, тупая
2. Подготовка пациента к рентгенографии желудка:
 - а) вечером легкий ужин, утром натошак
 - б) вечером и утром очистительная клизма
 - в) утром сифонная клизма
 - г) за 3 дня до исследования исключить железосодержащие продукты
3. Осложнение язвенной болезни желудка:
 - а) кишечная непроходимость
 - б) кахексия
 - в) обезвоживание
 - г) желудочное кровотечение х

4. Клинические признаки желудочного кровотечения:
- а) бледность, слабость
 - б) головная боль, головокружение
 - в) рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул
 - г) тахикардия, снижение АД
5. Характер кала при желудочном кровотечении:
- а) кровянистый
 - б) дегтеобразный
 - в) обесцвеченный
 - г) жирный
6. Черный цвет кала отмечается при кишечном кровотечении из:
- а) 12-перстной кишки
 - б) ободочной кишки
 - в) сигмовидной кишки
 - г) прямой кишки
7. Наиболее информативный метод диагностики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки:
- а) желудочное зондирование
 - б) ирригоскопия
 - в) ультразвуковое исследование
 - г) эндоскопическое исследование с биопсией
8. При подготовке пациента к анализу кала на скрытую кровь препараты железа отменяют за:
- а) 1 день
 - б) 2 дня
 - в) 3 дня
 - г) 4 дня
9. Подготовка пациента к анализу кала на скрытую кровь:
- а) накануне исследования легкий ужин

- б) накануне исследования легкий ужин, утром очистительная клизма
 - в) в течение 3 дней до исследования исключить из пищи железосодержащие продукты, не чистить зубы щеткой
 - г) специальная подготовка не требуется
10. Осложнение язвенной болезни желудка:
- а) кахексия
 - б) портальная гипертензия
 - в) желтуха
 - г) малигнизация
11. Для эрадикации хеликобактериальной инфекции пациенту назначается:
- а) омепразол, ранитидин
 - б) платифиллин, атропин
 - в) но-шпу, папаверин
 - г) метронидазол, амоксициллин
12. Независимое сестринское вмешательство при желудочном кровотечении:
- а) промывание желудка
 - б) очистительная клизма
 - в) грелка на живот
 - г) пузырь со льдом на живот
13. Зависимое сестринское вмешательство при желудочном кровотечении введение:
- а) хлорида кальция, дицинона
 - б) гепарина, димедрола
 - в) дибазола, папаверина
 - г) пентамина, клофелина
14. Приоритет в фармакотерапии язвенной болезни принадлежит:
- а) блокаторам Н₂-гистаминовых рецепторов
 - б) спазмолитикам
 - в) ферментам
 - г) анальгетикам

15. Щадящая диета предусматривает:
- а) жирные блюда
 - б) горячие блюда
 - в) закуски
 - г) подачу блюд в протертом виде
16. Пациенту с язвенной болезнью рекомендуется:
- а) голодание
 - б) уменьшение калорийности рациона
 - в) ограничение жидкости
 - г) частое дробное питание
17. В первые 2 дня после желудочного кровотечения назначается диета:
- а) щадящая
 - б) белковая
 - в) голодная
 - г) углеводная
18. Для уменьшения желудочной секреции применяют:
- а) витамин В 1
 - б) фестал
 - в) омепразол
 - г) церукал
19. Диспансеризация пациентов с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки предусматривает:
- а) ЛФК
 - б) высококалорийное питание
 - в) сезонное профилактическое лечение
 - г) употребление с пищей большого количества клетчатки
20. Ранние симптомы рака желудка:
- а) горечь во рту, слабость
 - б) дискомфорт после приема пищи, немотивированная слабость
 - в) изжога, отрыжка кислым 281

- г) запоры, метеоризм
21. Наиболее информативный метод диагностики рака желудка:
- а) желудочное зондирование
 - б) дуоденальное зондирование
 - в) ультразвуковое исследование
 - г) эндоскопическое исследование с прицельной биопсией
22. При раке желудка в ранних стадиях проводится:
- а) консервативное лечение
 - б) паллиативное лечение
 - в) оперативное лечение
 - г) физиотерапия
23. Подготовка пациента к ректороманоскопии:
- а) масляная клизма утром
 - б) сифонная клизма вечером
 - в) очистительная клизма утром
 - г) очистительная клизма накануне и за 2 часа до исследования
24. Подготовка пациента к колоноскопии:
- а) вечером очистительная клизма
 - б) утром очистительная клизма
 - в) вечером и утром очистительная клизма
 - г) не проводится
25. Подготовка пациента к ирригоскопии:
- а) вечером легкий ужин, утром натощак
 - б) накануне и утром очистительная клизма
 - в) за 3 дня исключить железосодержащие продукты
 - г) не проводится
26. Проблема пациента при хроническом энтерите:
- а) боль в околопупочной области
 - б) запор
 - в) неукротимая рвота

- г) отрыжка
27. При хроническом энтерите кал:
- а) дегтеобразный
 - б) с примесью чистой крови
 - в) обесцвеченный, обильный
 - г) обильный, жидкий
28. При поносе пациенту рекомендуется:
- а) молоко
 - б) ржаной хлеб
 - в) овощи и фрукты
 - г) обильное питье, рисовый отвар
29. При запорах пациенту рекомендуется:
- а) ограничение жидкости
 - б) ограничение поваренной соли
 - в) прием продуктов, богатых клетчаткой
 - г) постельный режим
30. К препаратам-пробиотикам относится:
- а) тетрациклин
 - б) фестал
 - в) смекта
 - г) бактисубтил

Эталон ответов на тест-контроль

Сестринский уход при заболеваниях желудочно-кишечного тракта

1. б
2. а
3. г
4. в
5. б

- 6. а
- 7. г
- 8. в
- 9. в
- 10.г
- 11.г
- 12.г
- 13.а
- 14.а
- 15.г
- 16.г
- 17.в
- 18.в
- 19.в
- 20.б
- 21.г
- 22.в
- 23.г
- 24.в
- 25.б
- 26.а
- 27.г
- 28.г
- 29.в
- 30.г

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Пациент М., 23 лет, находится на лечении в терапевтическом отделении с диагнозом: Хронический гастрит с повышенной секрецией, обострение.

При сестринском обследовании установлены жалобы на: изжогу, отрыжку кислым, тупые ноющие боли в подложечной области, спустя мин. после еды, особенно острой, соленой, грубой пищи; склонность к запорам,

похудание, ухудшение аппетита. Болеет около 6 лет. Ухудшение состояния связывает с употреблением алкоголя и погрешностями в диете.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,5 °С. Кожа и слизистые чистые, зев спокоен. Язык влажный, обложен серым налетом. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные. Пульс 72 в 1 мин. АД 125/75 мм рт. ст. Отмечается болезненность в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. Стул был вчера, 1 раз, оформленный

Задания:

1. Определите потребности, удовлетворение которых нарушено, сформулируйте проблемы пациента.
2. Определите цели и составьте план сестринских вмешательств с мотивацией.

Ситуационная задача № 2

У пациента, госпитализированного сутки назад с диагнозом: "Обострение язвенной болезни желудка", внезапно возникла резкая слабость рвота "кофейной гущей".

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные, дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, пульс 100 в мин. Малого наполнения и напряжения, АД 100/60 мм рт. ст., живот мягкий, болезненный.

Задания

1. Определите и обоснуйте неотложное состояние.
2. Спланируйте доврачебную помощь, продемонстрировав каждое сестринское вмешательство.

Ситуационная задача № 3

В приемное отделение доставлена пациентка с жалобами на возникшую после употребления жареной пищи сильную боль в правом подреберье, иррадиирующую в правое плечо периодическую рвоту желчью, сухость и горечь во рту.

Объективно: состояние средней тяжести, Т 36,6°С в легких дыхание везикулярное тоны сердца звучные, ритмичные, ЧДД 16 уд в мин, пульс 90 уд в мин, удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм. рт. ст., живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Задания:

1. Определите состояние, развившееся у больного.
2. Составьте алгоритм помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Обучите пациентку принципам диеты №5.
4. Подготовьте пациентку к рентгенологическому обследованию желчного пузыря.

Ситуационная задача № 4

Пациент Г., 33 лет, находится на лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: Язвенная болезнь 12-перстной кишки, фаза обострения.

При обследовании медицинская сестра установила жалобы на: режущие боли в эпигастральной области спустя 1,5 - 2 часа после еды, ночные, голодные боли, которые снимаются приемом пищи, периодические запоры, похудание. Пациент считает себя больным в течение 11 лет. Настоящее ухудшение связывает с погрешностями в диете. В контакт вступает хорошо, но сомневается в успехе лечения.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное. Кожные покровы чистые, бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Пульс 64 уд. /мин. АД 110/70 мм рт. ст. ЧДД 18 в мин. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот правильной формы, отмечается болезненность и умеренное напряжение в эпигастральной области. Печень, селезенка не пальпируются. На контрастной рентгенограмме пациента определяется «ниша» на малой кривизне желудка.

Задания:

1. Определить потребности, удовлетворение которых нарушено; сформулировать проблемы пациента.
2. Поставить цели и составить план сестринских вмешательств с мотивацией

Ситуационная задача № 5

Пациентка Щ., 43 лет, находится на лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: Цирроз печени, медленно прогрессирующее течение, обострение, стадия выраженной декомпенсации.

При сестринском обследовании установлены жалобы на: сильную слабость, чувство тяжести в правом подреберье, увеличение живота, тошноту, сильный кожный зуд по ночам, сонливость днем, выделение темной мочи и светлого кала.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,7 О С, кожные покровы и видимые слизистые желтушны, на коже следы расчесов. Пульс 80 в мин. удовлетворительных качеств, АД 135/85 мм рт. ст., ЧДД 18 в мин. Живот мягкий, определяется свободная жидкость. Печень болезненна, выступает из-под реберной дуги на 15 см.

Задания:

1. Определить потребности, удовлетворение которых нарушено, сформулировать проблемы пациентки.
2. Поставить цели и составить план сестринских вмешательств с мотивацией.

Эталон ответов на ситуационные задачи

Эталон ответа к задаче № 1

1. Нарушено удовлетворение потребностей: есть, быть здоровым, избегать опасности.

Проблемы пациента настоящие: изжога, отрыжка кислым, тупые ноющие боли в подложечной области после еды, особенно острой, соленой, грубой пищи; склонность к запорам, похудание, ухудшение аппетита. Потенциальная проблема: риск развития язвенной болезни.

Приоритетная проблема: боль в области желудка после приема пищи.

3. Цель краткосрочная: пациент отметит уменьшение боли в области желудка после еды через 3 дня лечения.

Цель долгосрочная: пациент отметит отсутствие боли в области желудка после еды.

Сестринские вмешательства

1. Своевременно и правильно выполнять врачебные назначения - для эффективного лечения
2. Обеспечить строгое соблюдение щадящей диеты - для максимального щажения желудка
3. Рекомендовать отказаться от продуктов, вызывающих изжогу и боль в области желудка (сладкие соки, кисели, варенье, ягоды)
4. При появлении изжоги и боли обеспечить пациенту прием стакана теплого молока или щелочной минеральной воды без газа
5. Провести беседу с родственниками о характере передач. Исключить из передач продукты, которые могут вызвать боль и изжогу
6. Наблюдать за состоянием пациента (контроль АД, ЧДД, пульса - для контроля состояния)

Оценка: пациент отмечает отсутствие боли в области желудка после еды. Цель достигнута.

Эталон ответа к задаче № 2

1. Желудочное кровотечение. Информация, позволяющая м/с распознать неотложное состояние:

- рвота "кофейной гущи"
- резкая слабость
- кожные покровы бледные, влажные
- снижение АД, тахикардия
- обострение язвенной болезни желудка в анамнезе

2. Алгоритм действий медсестры:

- 1) Вызвать дежурного врача-терапевта и врача-хирурга для оказания экстренной помощи (вызов возможен с помощью третьего лица).
- 2) Пациента уложить на спину, повернув голову набок, для предупреждения аспирации рвотных масс.
- 3) На эпигастральную область положить пузырь со льдом для уменьшения интенсивности кровотечения.
- 4) Запретить пациенту двигаться, разговаривать, принимать что-либо внутрь для предупреждения увеличения интенсивности кровотечения.
- 5) Наблюдать за пациентом; периодически определять пульс и АД до прихода врача с целью контроля состояния.
- 6) Приготовить кровоостанавливающие средства:
- 7) заполнить капельную систему 5% раствором s-аминокапроновой кислоты;
- 8) набрать в шприц 10 мл 10% кальция хлорида для в/в инъекции;
- 9) набрать в шприц 4 мл викасола для в/м инъекции.

Эталон ответа к задаче № 3

В результате нарушения диеты у больной желчекаменной болезнью развился приступ печеночной колики. О чем говорит боль в правом подреберье, иррадиирующая в правую ключицу и лопатку.

Алгоритм неотложной помощи:

1. Вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;
2. Обеспечить физический и психический покой для создания эмоционального комфорта;
3. Контроль за АД, ЧДД, пульсом и температурой
4. Приготовить к приходу врача: 2% р-р но-шпы, 0,2% р-р платифилина, 2% р-р папаверина, 50% р-р анальгина, баралгин, 0,1% р-р атропина
5. Выполнять назначения врача
6. Обучить пациентку принципам диеты №5

7. Объяснить пациентке метод подготовки к рентгенологическому исследованию печени, желточного пузыря и желчных протоков.

Эталон ответа к задаче № 4

8. 1. Нарушены потребности: есть, пить, быть здоровым, двигаться, работать. Проблемы настоящие: режущие боли в эпигастральной области спустя 1,5-2 часа после еды, ночные, голодные боли, периодические запоры, похудание.
9. Проблемы потенциальные: желудочное кровотечение.
10. Приоритетная проблема: боль в эпигастральной области.
- 11.2. Краткосрочная цель: пациент отметит стихание боли к концу 7 дня лечения.
12. Долгосрочная цель: пациент отметит отсутствие боли в эпигастральной области к моменту выписки.
13. Сестринские вмешательства
- 14.1. Своевременно и правильно выполнять назначения врача - для эффективного лечения
- 15.2. Обеспечить лечебно-охранительный режим - для улучшения психоэмоционального состояния пациента
- 16.3. Обеспечить питание в соответствии с щадящей диетой - для физического, химического и механического щажения слизистой желудка пациента
- 17.4. Обучить правилам приема назначенных лекарственных средств - для эффективного лечения
- 18.5. Объяснить сущность заболевания, рассказать о современных методах профилактики обострения заболевания - для снятия тревожного состояния, повышения уверенности в благоприятном исходе лечения
- 19.6. Обеспечить правильную подготовку к ФГС и желудочному зондированию - для точности диагностических процедур

20.7. Наблюдать за внешним видом и состоянием, контроль пульса, АД, характера стула - для раннего выявления и своевременного оказания неотложной помощи при осложнениях

21.8. Провести беседу с родственниками об обеспечении питания с достаточным содержанием витаминов, пищевых антацидов - для эффективного лечения Оценка: к концу 7 дня лечения пациент отметил отсутствие болей в эпигастральной области. Цель достигнута.

Эталон ответа к задаче № 5

1. Нарушено удовлетворение потребностей: есть, выделять, спать, быть здоровым, избегать опасности.

Проблемы настоящие: слабость, чувство тяжести в правом подреберье, увеличение живота, тошнота, кожный зуд, сонливость днем, выделение темной мочи и светлых каловых масс, плохой сон.

Потенциальная проблема: риск развития печеночной комы. Приоритетная проблема: кожный зуд.

2. Цель краткосрочная: пациентка отметит уменьшение зуда через 3 дня.

Цель долгосрочная: зуд исчезнет к моменту выписки.

Сестринские вмешательства

1. Четко и своевременно выполнять врачебные назначения Для эффективного лечения

2. Обеспечить питанием в соответствии с диетой. Уменьшение нагрузки на печень и 5 желчные пути

3. Обеспечить гигиену кожи (обтирание, душ), Профилактика инфицирования и протирать кожу раствором антисептиков уменьшение зуда

4. Следить за кратностью стула, не допустить задержки стула

5. Наблюдать за внешним видом и общим состоянием (пульс, АД, ЧДД) профилактики осложнений. Для динамического наблюдения и предупреждения осложнений

6.Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям. Для правильного выполнения исследований.

7.Провести беседы: об обеспечении дополнительного питания с ограничением жирных, соленых, жаренных, копченых блюд; о необходимости правильного приема назначенных лекарственных препаратов, о вреде самостоятельного лечения

Оценка: к 3-му дню лечения пациентка отметила исчезновение зуда.
Цель достигнута.

Список использованной литературы

1. Бокарев, И.Н. Внутренние болезни: дифференциальная диагностика и лечение: Учебник / И.Н. Бокарев. - Ереван: МИА, 2015. - 776 с
2. Качковский, М.А. Факультетская терапия: внутренние болезни / М.А. Качковский. - РнД: Феникс, 2017. - 574 с.
3. Маколкин, В.И. Внутренние болезни. Тесты и ситуационные задачи: учебное пособие / В.И. Маколкин, В.А. Сулимов, С.И. Овчаренко и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 127 с
4. Ройтберг, Г.Е. Внутренние болезни. Лабораторная и инструментальная диагностика. - М.: МЕДпресс-информ, 2017. - 800 с
5. Ройтберг, Г.Е. Внутренние болезни. Система органов пищеварения / - М.: МЕДпресс-информ, 2018. - 576 с.
6. Ройтберг, Г.Е. Внутренние болезни. Печень, желчевыводящие пути, поджелудочная железа. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 640 с.
7. Рябов, С.И. Внутренние болезни. Том 2 / С.И. Рябов. - СПб.: Спецлит, 2015. - 575 с.
8. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни: учебник / Н.И. Федюкович. - РнД: Феникс, 2018. - 505 с.
9. Шамов, И.А. Внутренние болезни: заболевания желудочно-кишечного тракта: Учебное пособие / И.А. Шамов. - М.: Инфра-М, 2018. - 224 с.