

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПРОПЕДВТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

НАБЛЮДЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2020

ББК 616.3-07-083(075.8)
УДК 54.13я73
Н13

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 29.05.2020 г., протокол № 9

Авторы: Е. В. Переверзева, В. П. Царев, И. М. Змачинская, Т. Т. Копать

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. Е. В. Рысевич; канд. мед. наук, доц. С. Е. Алексейчик

Наблюдение и медицинский уход за пациентами с заболеваниями органов пищеварения : учебно-методическое пособие / Е. В. Переверзева [и др.]. – Минск : БГМУ, 2020. – 36 с.

ISBN 978-985-21-0679-5.

Содержит сведения о правильной подготовке пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям, проведении ряда процедур в качестве помощника или самостоятельно, оказанию неотложной помощи пациентам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Предназначено для студентов 2–3-го курсов лечебного факультета.

ББК 616.3-07-083(075.8)
УДК 54.13я73

Учебное издание

Переверзева Елена Вячеславовна
Царев Владимир Петрович
Змачинская Ирина Михайловна
Копать Тереса Тадеушевна

НАБЛЮДЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск Э. А. Доценко
Редактор И. А. Соловьёва
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 20.11.20. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,9. Тираж 99 экз. Заказ 539.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-21-0679-5

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2020

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- ДПК — двенадцатиперстная кишка
ЖКТ — желудочно-кишечный тракт
ЦНС — центральная нервная система

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Общее время занятия: 3 ч.

Тема занятия. Данный материал рассматривается в рамках нескольких тем практических занятий, обозначенных в тематическом плане: «Наблюдение за пациентами с заболеваниями органов пищеварения. Основы лечебного питания. Виды энтерального питания» и «Медицинский уход за пациентами с заболеваниями органов пищеварения».

Цель занятия: изучить принципы и методики ухода за пациентами, связанные с обеспечением питания, а также принципы и методики ухода за пациентами с дисфункциями ЖКТ; освоить сестринскую диагностику и неотложную доврачебную помощь при ряде заболеваний ЖКТ, осложнившихся кровотечением.

Задачи занятия:

1. Ознакомить студентов с принципами организации процесса лечебного питания в стационаре.
2. Обучить навыкам кормления тяжелобольного в постели.
3. Научить студентов технике искусственного (зондового) кормления пациента.
4. Освоить технику оказания неотложной помощи при рвоте.
5. Научить студентов технике промывания желудка.
6. Ознакомить студентов с симптомами кровотечения из желудка и двенадцатиперстной кишки; обучить методике неотложной доврачебной помощи при этом состоянии.
7. Проинформировать студентов о симптомах кишечного кровотечения и помочь студентам освоить методику неотложной доврачебной помощи при этом состоянии.
8. Научить технике введения газоотводной трубки.
9. Помочь студентам овладеть навыком подготовки пациента к взятию кала на скрытую кровь.
10. Обучить студентов технике постановки очистительной клизмы.
11. Повторить со студентами технику подачи подкладного судна при поносе и недержании кала.

12. Ознакомить с методикой лаважа кишечника с помощью применения медицинских препаратов, вызывающих осмотическую диарею (на примере лекарственного средства Фортранс).

Требования к исходному уровню знаний. Для подготовки к занятию студенту следует знать макроанатомию ЖКТ, повторить информацию по уходу за пациентами.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Анатомическое строение ЖКТ (из раздела «Спланхнология»).
2. Физиологические изгибы прямой кишки.
3. Физиологическая норма моторно-эвакуаторной функции кишечника.
4. Физиологические потребности человека в питательных веществах и жидкости в условиях физической активности, соответствующей лечебно-охранительному режиму стационара.
5. Методика венепункции.
6. Методика постановки капельницы для внутривенного капельного введения лекарственных средств.
7. Личная гигиена медицинского работника.
8. Гигиеническая обработка рук медицинского персонала.
9. Режимы дезинфекции в различных помещениях многопрофильного стационара.
10. Классификация дезинфектантов для обработки помещений, мебели, оборудования и инструментов в многопрофильном стационаре.
11. Методика смены постельного и нательного белья тяжелобольному.
12. Вопросы медицинской этики и деонтологии при оказании медицинской помощи в рамках ухода за пациентами.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Способы организации лечебного питания.
2. Основные принципы лечебного питания.
3. Основные лечебные рационы (диеты).
4. Виды питательных смесей для энтерального питания, выпускаемых фармацевтической промышленностью, их отличительные признаки.
5. Методика кормления тяжелобольного в постели.
6. Методика проведения искусственного кормления пациента.
7. Оказание неотложной помощи при рвоте.
8. Техника промывания желудка.
9. Клинические признаки кровотечения из желудка и двенадцатиперстной кишки и неотложная доврачебная помощь при этих состояниях.
10. Клинические признаки кишечного кровотечения и методика оказания неотложной доврачебной помощи при этом состоянии.
11. Техника введения газоотводной трубки.

12. Методика подготовки пациента к взятию кала на скрытую кровь.

13. Показания к постановке очистительной клизмы. Методика постановки очистительной клизмы. Гигиеническая обработка используемого оборудования.

14. Механизм действия и способ применения средства Фортранс.

ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ. ВИДЫ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИЕТИЧЕСКОГО ПИТАНИЯ В ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пища является первой жизненной необходимостью организма, источником различных пищевых и вкусовых веществ, необходимых для обеспечения гомеостаза и поддержания жизненных функций на высоком уровне при различных условиях труда и быта.

Принципы рационального питания:

– калорийность пищи должна восполнять энергетические затраты организма, которые зависят от возраста, пола, типа физической или умственной активности. Для женщин необходимо 2100 (1300) ккал/сут, для мужчин — 2900 (1800) ккал/сут;

– в пище должны присутствовать незаменимые компоненты;

– должно быть рациональное соотношение белков, жиров и углеводов (в среднем оно оставляет 1 : 1,5 : 4);

– необходимо соблюдать режим приема пищи (кратность приема и распределение дневного рациона утро – обед – вечер), дополнительное питание;

– должно обеспечиваться соответствие пищевого рациона физиологическому (или патологическому) статусу организма;

– кроме белков, жиров и углеводов пища должна содержать необходимое количество микроэлементов и витаминов.

Необходимое содержание макро- и микроэлементов в суточном рационе:

– натрия — 2400 мг;

– калия — 3500 мг;

– кальция — 1000 мг;

– железа — 18 мг;

– фосфора — 1000 мг;

– йода — 150 мг;

– магния — 400 мг;

– цинка — 15 мг;

- селена — 70 мкг;
- меди — 2 мг;
- марганца — 2 мг;
- хрома — 120 мкг;
- молибдена — 75 мкг;
- хлор — 3400 мг.

Необходимое содержание витаминов в суточном рационе:

- витамина А — 500 IU;
- витамина С — 60 мг;
- витамина D — 400 IU;
- витамина Е — 30 IU;
- витамина К — 80 мг;
- тиамина — 1,5 мг;
- рибофлавина — 1,7 мг;
- ниацина — 20 мг;
- витамина В₆ — 2 мг;
- фолатов — 400 мкг;
- витамина В₁₂ — 6 мкг;
- биотина — 300 мкг;
- пантотеновой кислоты — 10 мг.

Организация диетического питания в организациях здравоохранения регламентирована «Инструкцией о порядке организации диетического питания», утвержденной Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 ноября 2019 г. № 106 (далее — «Инструкция»).

В соответствии с «Инструкцией» применяются следующие термины и их определения:

– **диетическое питание** — питание, обеспечивающее удовлетворение физиологических потребностей организма пациента в пищевых веществах и энергии с учетом механизмов развития, стадии, особенностей течения основного заболевания, наличия сопутствующей патологии, выполняющее лечебные, профилактические задачи по восстановлению биологических и энергетических затрат организма человека;

– **диетическое лечебное питание** — вид диетического питания, который применяется в лечебных целях в специально составленных лечебных рационах и режимах питания для пациентов с острыми или обостренными хроническими заболеваниями;

– **диетическое профилактическое питание** — вид диетического питания по специальному рациону пациентов с хроническими заболеваниями вне периода обострения, направлен на предотвращение заболеваний или обострений путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также путем повышения устойчивости организма к воздействию факторов, способных вызвать патологические реакции;

– **дополнительное диетическое питание** — питание, которое назначается пациентам при отдельных заболеваниях, требующих увеличения пищевой ценности рациона сверх норм среднесуточного набора пищевых продуктов по стандартным диетам;

– **индивидуальное диетическое питание** — питание, которое назначается пациентам при заболеваниях и состояниях, требующих исключения из рациона отдельных пищевых продуктов или изменения состава рациона (наследственные заболевания обмена, целиакия, пищевая непереносимость, энтеральное питание, лечебно-диагностические процедуры и др.). Индивидуализация пищевой ценности рациона осуществляется путем подбора.

В «Инструкции» перечислены основные принципы диетического питания:

1. Обеспечение организма пациента основными пищевыми веществами и энергией с учетом механизмов развития, стадии, особенностей течения основного заболевания, наличия сопутствующей патологии, биологических и энергетических затрат организма человека.

2. Соответствие химического состава пищевых продуктов функциональному состоянию ферментных систем организма пациента.

3. Щадящее воздействие на поврежденные болезнью ферментные системы организма пациента путем введения (исключения) специфических факторов питания.

4. Адаптация технологии приготовления и кратности приема пищи к стадии, особенностям течения основного заболевания, наличию сопутствующей патологии, функции органов пищеварения у пациентов.

5. Последовательный переход от щадящих рационов к более расширенным.

6. Сочетание различных способов введения пищи (питательных веществ) в необходимых случаях.

Согласно «Инструкции» выделяют 2 основных способа организации лечебного питания: традиционный и централизованный.

Традиционный — приготовление лечебного питания осуществляется в пищеблоке организации здравоохранения. **Пищеблок (кухня)** — комплекс производственных, складских, хозяйственных, подсобных, административных помещений со специальным оборудованием для приготовления питания.

Централизованный — приготовление лечебного питания осуществляется в созданных центрах (технически более оснащенных пищеблоках). Для доставки пациентам готового лечебного питания используются специальные гастроемкости и термобоксы. Гастроемкости из нержавеющей стали заполняются готовым питанием и помещаются внутрь термобокса. Корпус термобокса выполнен из полипропилена, который

позволяет длительно сохранять температурный режим (снижение температуры составляет 1,5 °С/ч). Конструкция термобокса и его теплоизоляционные свойства позволяют производить выдачу готового лечебного питания как в столовых отделениях организаций здравоохранения, так и непосредственно в палатах. Для доставки питания пациентам, получающим индивидуальное питание, используется одноразовая упаковка. Ее содержимое перед выдачей пациенту разогревается в печи СВЧ. Пища доставляется в раздаточные.

Раздаточные (столовые-раздаточные) помещения — оборудование и помещения, которые предназначены для порционирования и реализации (раздачи) готовой кулинарной продукции, хлебобулочных и кондитерских изделий, а также для приготовления горячих напитков и проведения отдельных технологических процессов (нарезка готовых пищевых продуктов и др.).

Для анализа эффективности назначенной пациентам диетотерапии и обеспечения надзора за организацией диетического питания в учреждении создается Совет по лечебному питанию.

ОСНОВНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ РАЦИОНЫ И ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ

Диеты и показания к назначению следующие:

- Б — базовая (заболевания и состояния, не требующие специальных лечебных диет; сахарный диабет 2-го типа);
- П — с механическим и химическим щажением (заболевания органов пищеварения; нарушения жевательного аппарата; период после операций на внутренних органах);
- Н (низкобелковая) — с пониженным содержанием белка (хронический гломерулонефрит с резко и умеренно выраженным нарушением азотовыделительной функции почек и выраженной или умеренно выраженной азотемией; цирроз печени с печеночной энцефалопатией);
- М (высокобелковая) — с повышенным содержанием белка (заболевания и состояния, требующие введения повышенного количества белка: нарушения всасывания, заболевания почек с нефротическим синдромом без нарушения азотвыделительной функции, сахарный диабет 1-го типа, сепсис (а также другие тяжелые бактериальные болезни), тяжелая анемия);
- Т (высокобелковая и высококалорийная) — с повышенным содержанием белка и повышенной калорийностью (туберкулез легких, ожоговая болезнь).

СОСТАВЛЕНИЕ ПОРЦИОННИКА И ПОРЦИОННОГО ТРЕБОВАНИЯ

Алгоритм действий таков. Врачом назначается или отменяется диета пациента и в лист назначений записывается буквенное обозначение диет.

Палатной медсестрой делается выборка из листов назначений и составляется единый порционник поста. В порционнике указываются сведения о столах и количестве пациентов, их получающих.

В порционнике для раздатчицы указывается номер палаты, фамилия, имя, отчество пациента и место приема пищи (столовая, палата). Порционник поста предоставляется старшей медсестре утром.

Старшей медсестрой обобщается информация с постов и составляется порционное требование на отделение. Требование заверяется подписями старшей медсестры и заведующей отделением.

Утром документ передается диетсестре больницы в пищеблок.

Работа санитарки-буфетчицы организована в соответствии с рабочей инструкцией, которая утверждается главным врачом учреждения здравоохранения.

Санитарка-буфетчица относится к категории рабочих и непосредственно подчиняется заведующему отделением, главной медицинской сестре, старшей медицинской сестре отделения. Санитарка-буфетчица является материально ответственным лицом и несет ответственность за получение, доставку и раздачу диетического питания.

На санитарку-буфетчицу возлагаются обязанности по участию в обеспечении пациентов диетическим питанием и соблюдению требований санитарно-гигиенических и противоэпидемических норм и правил.

КОНТРОЛЬ ЗА ХРАНЕНИЕМ И АССОРТИМЕНТОМ ПРОДУКТОВ, РАЗРЕШЕННЫХ К ПЕРЕДАЧЕ В СТАЦИОНАР

К передаче категорически запрещены алкогольные напитки, семена подсолнечника, арбузы, мороженое, все виды домашних и фабричных консервов, торты и пирожные с белковым и масляным кремом, вареные сорта колбас.

Передачи принимают ежедневно в установленные часы. Кроме того, продукты приносят в дни посещений родственники пациента. Медицинская сестра должна контролировать передачи на наличие продуктов, не соответствующих диете или запрещенных к передаче. Запрещенные продукты изымаются и возвращаются посетителям.

Контроль за санитарным состоянием тумбочек, холодильников, сроков хранения продуктов осуществляется медицинской сестрой.

Продукты, получаемые пациентом, хранятся в тумбочке (сухие продукты: печенье, сухари, сушки) или в холодильнике. Палатная медсестра должна ежедневно проверять санитарное состояние тумбочек и их со-

держимое. В тумбочке разрешается хранить предметы туалета, журналы, конфеты, печенье, варенье. Свежие молочные продукты хранятся в холодильнике в фабричной упаковке не более суток, кисломолочные продукты хранятся не более 2 суток.

Информация о перечне продуктов и сроков их хранения, которые должны храниться при низких температурах, вывешивается на двери холодильника. Продукты с истекшим сроком хранения употреблять в пищу запрещается.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

Кормление тяжелобольных в постели осуществляется в случае назначения пациенту постельного режима, когда он сильно ослаблен.

Во времени кормления палата должна быть убрана и проветрена. Проведение диагностических и лечебных процедур другим пациентам, осуществление физиологических отправлений не допускается. Подготовка помещения к кормлению включает обеспечение отсутствия всех предметов, которые могут вызвать у пациента отвращение к пище (плохо пахнущих лекарств, мочеиспускателей, плевательниц и т. п.).

Ухаживающий за пациентом должен быть опрятен, мыть и обрабатывать руки в присутствии пациента; следить за сервировкой и наличием привлекательного внешнего вида, запаха пищи. Прикроватный столик протирается и при необходимости дезинфицируется перед тем, как поставить поднос с едой. Запрещается ставить поднос с едой на грудь или ноги пациента. Пища должна быть теплой в соответствии с режимами приготовления и выглядеть аппетитно. При необходимости пациенту нужно объяснить особенности диеты и пользу приема диетической пищи.

Кормление в постели осуществляется по-разному в зависимости от состояния пациента. Например, он может сесть и принять пищу самостоятельно. Тяжелобольных или ослабленных кормят в наиболее удобном для них положении. Самое подходящее — это возвышенное положение полусидя, которое обеспечивается приподнятым головным концом функциональной кровати или надежно закрепленными подложенными под спину 2–3 подушками. В некоторых случаях приходится левой рукой приподнимать голову человека вместе с подушкой, а правой подносить ему ко рту ложку или поильник. Реже по назначению врача пациента для кормления поворачивают на бок.

Шею и грудь пациента следует защитить сложенной вдвое пеленкой. Кормление проводится в оптимальном для человека темпе, нужно терпеливо ожидать, пока он не прожует и не проглотит. Пища в таких

случаях мягкая. Кормить желательнее с ложки маленькими порциями или из поильника маленькими глотками.

Ложку нужно наполнить на $\frac{2}{3}$ и прикоснуться ею к нижней губе, чтобы пациент открыл рот; затем следует дотронуться ложкой до языка и, оставив пищу в полости рта, извлечь пустую ложку. После нескольких ложек мягкой пищи необходимо предложить питье. Для питья нужно приложить «носик» поильника к нижней губе и влить жидкость в полость рта небольшими порциями. Губы пациента при необходимости следует вытереть чистой салфеткой. При использовании поильника пища должна быть гомогенизирована, иметь жидкую консистенцию в соответствии с показаниями.

Следует обращать внимание на то, свободно ли пациент глотает пищу, не поперхнулся ли и не закашлялся ли он при попытке глотания. Пациенту нужно давать достаточно питья, если иное не предусмотрено диетой; пить следует предлагать из поильника либо из стакана, в который вставлена изогнутая в виде буквы «Г» трубочка в случае, если применение ее не противопоказано, как, например, при нарушении акта глотания у людей с инсультом.

После кормления пациенту нужно дать немного воды и попросить его прополоскать рот; возможно осуществление полной обработки полости рта; губы и подбородок вытираются. Далее следует убрать салфетку, которой прикрывали пациента, помочь ему удобно лечь. Необходимо убрать крошки с кровати. Постель и одежду нужно тщательно расправить. Посуда убирается.

Для кормления тяжелобольного пациента будет оптимальным выделить индивидуальную посуду; после кормления ее нужно очистить от остатков пищи, помыть обезжиривающим средством, обеззаразить. Для дезинфекции можно применять различные средства из перечня разрешенных, например, раствор Септодор 0,2 %. Время полного погружения посуды — 15 мин, после чего она тщательно промывается под проточной водой. Время экспозиции посуды отличается при применении различных дезрастворов.

Важно знать особенности кормления пациентов с поражением нервной системы, в частности, при инсульте. По некоторым данным, до 27 % пациентов, которым был диагностирован инсульт, имеют нарушение глотания — орофарингеальную дисфагию различной степени выраженности. Около 13 % пациентов, перенесших инсульт, находятся в состоянии сопора; их не удастся усадить для приема пищи в оптимальную позу тела. В таких случаях при пероральном кормлении запрещается просто вливать пищу в рот; если человек не глотает, то попадание пищи в дыхательные пути может вызвать тяжелые осложнения. Поэтому у пациентов перед

кормлением следует выявить признаки расстройства глотания, которые могут возникнуть и в динамике заболевания.

В ряде случаев из-за сопутствующего расстройства речи пациент не сможет прямо сказать о симптоме. Необходимо оценить состояние пациента, ответив на следующие вопросы:

1. Пациент бодрствует, спит, может ли он быть разбужен?
2. Возможно ли усадить/приподнять пациента для кормления?
3. Сможет ли он контролировать положение головы сидя?
4. Может ли пациент покашливать, если его попросить об этом?
5. Контролирует ли пациент слюну, или заметно слюнотечение из полости рта?
6. Может ли пациент легко облизать губы?
7. Может ли он свободно дышать?
8. Голос пациента чистый или хриплый, «влажный»?

Проведение скринингового тестирования глотания обязательно у пациентов с инсультом даже при отсутствии явных отклонений по данным теста. Оно осуществляется следующим образом. Человеку поочередно даются 3 чайные ложки воды, каждый раз после глотка оценивается наличие кашля, звучность голоса, появление одышки. Если отклонений нет, пациенту нужно дать выпить полстакана воды. Если вода выпивается свободно, то следует провести процедуру кормления, внимательно наблюдая за состоянием пациента. Если на любом этапе возникли кашель, удушье или одышка, хриплый «влажный» голос, нужно проинформировать врача. Доктора или специалиста по глотанию (реабилитолога) следует информировать также при любых сомнениях в результатах теста.

Оценку акта глотания человека, перенесшего инсульт, нужно повторять неоднократно в процессе реабилитации при любом ухудшении состояния.

Если было принято обоснованное решение о естественном кормлении пациента с поражением ЦНС, то необходимо соблюсти следующие рекомендации:

- кормление нужно проводить в положении сидя или полусидя с опорой под спину;
- поза для наиболее эффективного и безопасного глотания подбирается индивидуально;
- голова несколько наклоняется, поворачивается в здоровую сторону;
- зубные протезы, если они имеются, следует использовать, контролируя их положение в процессе еды;
- пища в полость рта дается малыми порциями.

Особенностью кормления пациента с инсультом является то, что с пищей нельзя давать напитки. Питье дается отдельно. При этом можно использовать поильники с носиком, соломинки запрещены.

Сухие крошащиеся продукты недопустимы; их нужно исключить из диеты для предотвращения аспирации. Использование загустителей жидкости — желатина, крахмала — полезно. С их помощью подбирается оптимальная консистенция пищи: чем более жидкая пища, тем труднее сделать безопасный глоток пациенту с затруднением акта глотания после перенесенного инсульта. При завершении кормления проводится тщательная ревизия полости рта, удаляются все остатки пищи, обеспечивается вертикальное положение пациента в течение не менее 30 мин.

Явное расстройство глотания проявляется следующими симптомами: смазанной речью, слюнотечением, кашлем во время приема пищи или «прочисткой горла» в период или после приема пищи. Возможно изменение голоса во время или после глотания, срыгивание и даже затруднение дыхания либо удушье (при аспирации). Можно заметить указания пациента на ощущение «застревания» в горле. Отмечаются видимые проявления тревоги по поводу приема пищи или питья, увеличение продолжительности акта еды и даже отказ от нее.

ВИДЫ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

При осуществлении лечебного процесса следует помнить, что полноценное питание является залогом более быстрого выздоровления пациента. Как уже упоминалось, есть заболевания, которые создают трудности при обеспечении поступления в организм пищи обычным способом или делают такое поступление невозможным. Если пациент не может питаться обычным способом или самостоятельно, то назначается лечебное энтеральное или лечебное парэнтеральное питание. При *энтеральном* способе нутриенты поступают в организм через слизистую оболочку ЖКТ, т. е. физиологическим путем.

По способу введения питательных веществ различают:

- энтеральное введение жидких, готовых к употреблению питательных смесей в виде напитков через трубочку или глотками;
- зондовое питание через одно- или двухканальный (который дает также возможность проводить декомпрессию полого органа) назогастральный, назодуоденальный или назоеюнальный зонды;
- питание через зонд, введенный в хирургически созданное отверстие в брюшной стенке (гастро-, дуодено- или еюностомы).

При введении и функционировании зондов во избежание осложнений необходимо обязательно проводить соответственно первичный и регулярный контроль правильности места нахождения зонда.

Энтеральное питание должно обеспечивать (в зависимости от задач проводимой терапии или диеты) потребности человека во всех необходимых нутриентах и воде.

Пищевой и фармацевтической промышленностью выпускаются специальные смеси для энтерального питания, которые, в зависимости от состава и энергетической ценности, подразделяются на:

1. Стандартные изокалорические питательные смеси (назначаются при нормальных потребностях в нутриентах и сохраняющейся необходимости в энтеральном питании при сохранной функции ЖКТ).

2. Гиперкалорические смеси (назначаются при повышенных потребностях в белках и энергии или при необходимости ограничения жидкости).

3. Смеси с высоким содержанием биологически активного белка, обогащенные микроэлементами, глутамином, аргинином, омега-3 жирными кислотами (назначаются при критических и иммунодефицитных состояниях).

4. Питательные смеси с пониженным содержанием жиров и углеводов, содержащие пищевые волокна (назначаются пациентам с сахарным диабетом).

5. Смеси с высоким содержанием жира и низким количеством углеводов (назначаются при нарушениях функции легких в стадии декомпенсации).

6. Смеси с низким содержанием ароматических аминокислот и высоким содержанием аминокислот с разветвленной цепью (назначаются при нарушениях функции печени).

7. Олигомерные смеси, содержащие дипептиды, трипептиды, некоторое количество аминокислот и являющиеся практически полностью всасываемыми (назначаются при нарушенных функциях ЖКТ (первые сутки после операций на ЖКТ, обширные резекции тонкого кишечника, ферментативная недостаточность различного генеза)).

8. Специальные иммуностимулирующие низкообъемные гипокалорические смеси с глутамином (назначаются в отделениях реанимации и интенсивной терапии в первые часы развития критических состояний).

ИСКУССТВЕННОЕ КОРМЛЕНИЕ ЧЕРЕЗ ЗОНД ИЛИ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ

В зависимости от клинической ситуации, когда питание через рот невозможно или резко затруднено, может быть применено кормление пациента через зонд либо гастростому. Такое бывает, например, при новообразованиях полости рта, пищевода, желудка; непосредственно после оперативных вмешательств на этих областях, а также при бессознатель-

ном состоянии пациента, при нарушении акта глотания из-за поражения нервной системы.

Для кормления пациента через зонд следует приготовить и выложить на специальный столик:

- стерильный одноразовый зонд диаметром 0,5–0,8 см;
- вазелин или глицерин;
- шприц Жане либо воронку;
- раствор бриллиантового зеленого;
- фонендоскоп;
- лейкопластырь;
- прочный зажим;
- пробку для зонд;
- шприц;
- стакан с водой 30–50 мл и трубочкой для питья;
- жидкую пищу в количестве 600–800 мл.

В соответствии с предписанной диетой в качестве жидкой пищи можно дать сладкий чай, морс, сырые яйца, масло, бульон, минеральную воду без газа, сливки, молоко и др. Также для зондового питания созданы **специальные питательные смеси (энпиты)** — гомогенизированные эмульсии, в которых сбалансировано содержание белков, жиров, углеводов, минеральных солей в зависимости от потребности.

Последовательность действий следующая. Зонд в упаковке можно охладить, для чего его следует положить в морозильную камеру за 1,5 ч до кормления. Вымыв руки, нужно объяснить пациенту ход процедуры (если он в сознании) и показать все подготовленное для нее. Затем определяется глубина введения зонда. Для этого от роста в сантиметрах отнимается 100 и ставится метка бриллиантовым зеленым. Конец зонда, который нужно ввести в желудок, обрабатывается вазелином либо глицерином. По возможности пациенту придается положение тела полусидя либо приподнимается головной конец функциональной кровати. Грудь пациента следует прикрыть салфеткой. Если человек доступен контакту, его нужно попросить запрокинуть голову назад для минимизации анатомических изгибов и облегчения продвижения зонда, после чего через нижний носовой ход вводится зонд на глубину 15–18 см. После этого следует помочь пациенту занять положение сидя и попросить его продолжать заглатывать зонд, «запивая» его водой. Чтобы уменьшить тошноту, которая иногда возникает, можно давать воду, охлажденную растаявшим кусочком льда. Это делается при отсутствии противопоказаний. Зонд продвигается и вводится до метки. В шприц набирается воздух и, после установки стетоскопа над областью желудка, вводится 30–40 мл воздуха через зонд в желудок. Специфические звуки, свидетельствующие о правильном нахождении одного конца зонда в желудке, слышны отчетливо. Выходя-

щий из носового хода зонд фиксируется лейкопластырем на спинке носа, а наружный свободный конец закрывается пробкой и закрепляется на одежде пациента надежным зажимом. Так следует поступать, если не планируется кормить пациента сразу же после введения зонда. Для кормления сразу после введения зонда в желудок свободный конец пережимается зажимом и помещается в подготовленный чистый лоток. При использовании питательной смеси для лечебного питания в фабричной упаковке флакон или пакет присоединяется к системе для капельного введения жидкостей либо используется шприц Жане.

В шприц нужно набрать подготовленную жидкую пищу. Шприц соединяется с желудочным зондом, удерживается левой рукой за наконечник; рукоятка поршня при этом направлена кверху. Затем зажим снимается с зонда и переводится в положение, при котором рукоятка поршня направлена книзу; место соединения зонда со шприцем нужно продолжать надежно удерживать левой рукой. Правой рукой следует начать медленно вводить питательную смесь. После завершения процедуры отсоединяется шприц Жане, зонд промывается водой из другого шприца. Свободный конец промытого зонда закрывается пробкой и закрепляется зажимом на одежде пациента.

По окончании кормления следует убедиться, что пациент чувствует себя комфортно, и помочь ему удобно лечь. Все лишнее убирается. Руки нужно обработать гигиеническим способом.

Иногда при искусственном кормлении через желудочный зонд вместо шприца Жане используется воронка. В этом случае все манипуляции до присоединения шприца осуществляются аналогично, но к введенному зонду присоединяется воронка. Ее нужно опустить на уровень желудка и, слегка наклонив, налить внутрь подготовленную пищу. Затем, удерживая воронку прямо, следует снять зажим с зонда и следить за тем, чтобы жидкая пища дошла до уровня устья воронки. Скорость поступления пищи в желудок регулируется высотой положения воронки над уровнем желудка: чем выше воронка, тем быстрее изливается пища. Следующая порция пищи помещается в освободившуюся воронку, которая вновь опускается на уровень желудка. Покормив пациента, зонд промывают. Процедура завершается, как это было описано выше.

Зондовое кормление можно осуществить также с помощью капельницы в тех случаях, когда применяется питательная смесь в стандартной упаковке. После обычной процедуры введения зонда используется подготовленный заранее питательный раствор, система для капельного введения, штатив, зажимы. Система заправляется в соответствии с правилами. Когда флакон опустеет, зажимами перекрываются зонд и система капельного введения; далее систему нужно отсоединить. Процедура кормления завершается вышеописанными манипуляциями.

Перед очередным кормлением необходимо вновь убедиться, что зонд находится на прежнем месте. При кормлении пациента некоторыми видами пищи, например, блюдами из молока, зонд должен промываться каждые 2 ч для предупреждения развития патогенной микрофлоры на внутренних стенках прибора.

При отсутствии по каким-либо причинам одноразовых зондов используются приборами многократного применения. В таких случаях резиновый зонд замачивается в дезрастворе с экспозицией, соответствующей инструкции. После выдержки при положенном времени, зонд промывается несколько раз шприцем в этом же растворе до чистых промывных вод, чтобы удалить остатки пищи. Затем он промывается водой из-под крана. После этого нужно завернуть зонд в пленку, уложить в бикс, сделать пометку «Резина» и стерилизовать горячим паром щадящим методом при 132 °С в течение 20 мин.

Кормление пациента через гастростому осуществляется в следующем порядке. Чистыми руками подготавливается питательная смесь, назначенная врачом. Объяснив пациенту суть предстоящей процедуры, еще раз нужно обработать руки гигиеническим способом. К наружному концу зонда гастростомы присоединяется система, через которую должна подаваться жидкая питательная смесь. Пища вводится в желудок небольшими порциями (следует придерживаться естественной скорости приема пищи), либо капельно.

Заканчивается процедура обычным способом — зонд промывается, отсоединяется наружный конец, который затем пережимается зажимом, после зонд закрывается пробкой и закрепляется на одежде пациента. Убедившись, что пациент чувствует себя комфортно, нужно убрать все лишнее и вымыть руки.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

Парентеральное питание применяется в тех случаях, когда невозможно иным образом обеспечить поступление в организм необходимого количества питательных веществ в правильно подобранной пропорции и с должной скоростью. Как правило, такой тип питания назначается перед большой полостной операцией, а также после нее. Явными показаниями для парентерального питания являются также отказ от приема пищи при анорексии, значительные нарушения процессов пищеварения в кишечнике при целиакии, холере, дизентерии и при неукротимой рвоте, а также для лечения пациентов с ожогами большой площади, тяжелой кровопотерей, сепсисом.

Для такого кормления созданы специальные средства, которые вводятся капельно внутривенно. Специальные системы для внутривенного

вливания позволяют одновременно вводить подогретые до 37–38 °С белковые, жировые и углеводные растворы из 3-х флаконов. Применяется стандартная техника венепункции и постановка системы для внутривенного капельного вливания.

МЕДИЦИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ЗАПОРАХ

Запором принято считать задержку стула реже 3-х раз в неделю.

Помимо других лечебных мероприятий, направленных на коррекцию образа жизни, при запоре назначается постановка очистительной клизмы. Другими показаниями для этой процедуры являются подготовка к проведению лекарственной либо питательной клизм, подготовка к эндоскопическому или рентгеновскому исследованию кишечника. К ней также прибегают перед полостными оперативными вмешательствами и перед родами. Противопоказаниями для постановки очистительной клизмы могут быть желудочное или кишечное кровотечения, злокачественные образования прямой кишки. В стационаре процедуру назначает врач.

Для постановки клизмы необходимы: чистая кружка Эсмарха, толстостенная резиновая трубка длиной 1,5 м и диаметром 1 см, кран-зажим для регулирования поступления жидкости из резиновой трубки в кишечник, одноразовый стерильный наконечник длиной 8–10 см для введения в прямую кишку в упаковке, 1–1,5 л воды, кувшин, салфетки в стерильном биксе, вазелин или глицерин, шпатель для смазывания наконечника, стерильный корнцанг или пинцет, ведро или таз (или подкладное судно), клеенка, пеленка, кушетка для укладывания пациента, штатив для подвешивания кружки Эсмарха, термометр для измерения вводимой жидкости, резиновые перчатки, халат и фартук для медработника, емкости с дезинфицирующим раствором, емкость для отработанных материалов.

Кружка Эсмарха представляет собой резервуар (стеклянный, эмалированный, резиновый) емкостью 1–2 л; от дна кружки отходит короткий сосок, на который надевается резиновая трубка. Кран-зажим надевается на другой конец трубки. Плотный наконечник, закрепляющийся за краном-зажимом, может быть стеклянным, эбонитовым или пластмассовым; он должен быть целым, иметь ровные края. Предпочтительно пользоваться одноразовым наконечником (в ином случае после использования наконечник следует специальным образом обработать). Система чаще всего заполняется чистой водой комнатной температуры.

Очистительную клизму должна ставить по назначению врача медицинская сестра или хорошо обученная младшая медицинская сестра. Процедура выполняется в специальном помещении — клизменной, если позволяет состояние пациента. Человеку обязательно нужно объяснить суть предстоящей процедуры, а также последовательность действий, и, если он доступен контакту, получить согласие на проведение. Пациента нужно уложить на кушетку (реже — на кровать) ближе к краю на левый бок с согнутыми и подтянутыми к животу ногами. Если человеку нельзя двигаться и он не может принять оптимальную для процедуры позу, его следует уложить на спину и под ягодицы подставить подкладное судно. Дополнительно подкладывается клеенка, свободный край которой опускается в ведро на случай, если пациент не удержит воду; клеенка обычно дополнительно застилается пленкой. В кружку Эсмарха нужно налить 1–1,5 л воды комнатной температуры, поднять ее кверху, закрепить на штативе и опустить свободный конец трубки вниз, открыв на короткое время кран-зажим, чтобы выпустить небольшое количество воды и воздух. Целесообразно при атоническом запоре использовать воду 12–14 °С, при спастическом — 37–40 °С; вода комнатной температуры (20–25 °С) берется в остальных случаях. Необходимо проверить, не разбит ли наконечник, смазать его вазелином, надеть на дистальный конец резиновой трубки и, раздвинув ягодицы пациента, ввести в заднепроходное отверстие легкими вращательными движениями. Направление движения: первые 3–4 см наконечник вводится по направлению к пупку, затем еще на 5–8 см параллельно копчику. Кружка устанавливается на штативе на высоте 1 м от уровня кушетки (штатив высотой 1,5 м) и надежно закрепляется. Продолжая придерживать рукой наконечник, следует открыть кран-зажим на нижнем конце резиновой трубки, после чего вода под давлением станет поступать в толстый кишечник. В ряде случаев требуется умеренная скорость поступления воды в прямую кишку, так как при более интенсивном ее расширении может вызвать боли. За уровнем воды в кружке Эсмарха нужно наблюдать; если вода не поступает в кишечник, кружку следует поднять выше или изменить положение наконечника — продвинуть его вглубь или, наоборот, выдвинуть на 1–2 см.

В случае закупорки наконечника его необходимо извлечь, прочистить и ввести снова; можно также заменить наконечник. Если прямая кишка наполнена калом, то нужно попробовать размыть его струей воды. Иногда каловые массы бывают настолько твердыми, что поставить клизму не удастся. В таких случаях осуществляющая уход младшая медицинская сестра должна извлечь кал из прямой кишки пальцем, предварительно надев на руку перчатку, и смазав ее вазелином. При наличии газов и появлении у пациента чувства распирания внизу живота необходимо тут

же опустить кружку Эсмарха ниже кровати и после отхождения газов постепенно поднять ее.

Воду из кружки Эсмарха необходимо выпустить почти полностью, оставив на дне немного воды, чтобы в кишечник не попал воздух. Кран-зажим, регулирующий поступление жидкости, закрывается, наконечник извлекается.

Желательно, чтобы воду пациент удерживал в течение 10 мин. Для этого ему следует предложить лежать на спине и глубоко дышать. Затем пациенту подается судно или предлагается сесть на унитаз. Если эффекта от клизмы нет, ее повторяют через 1–2 ч. Если клизму ставили тяжело-больному, то проводится подмывание пациента согласно общепринятой методике, которая описана ниже.

По окончании процедуры кружку Эсмарха нужно промыть, вытереть насухо и покрыть сверху марлей или полотенцем; если эта емкость была одноразовой, то ее следует утилизировать в соответствии с правилами утилизации отходов. Наконечник многоразового использования поэтапно обрабатывается: дезинфицируется, промывается, стерилизуется. Согласно современным протоколам обработки наконечник дезинфицируется через замачивание его в дезсредстве на время экспозиции, соответствующее прилагаемой инструкции. Затем наконечник тщательно промывается под струей теплой проточной воды. После этого проводится его стерилизация в 6%-ном стандартном растворе перекиси водорода в течение 5 ч; затем снова промывается проточной водой и выкладывается в чистую (но не стерильную) закрывающуюся емкость, где и хранится до следующего использования. Ранее применялась несколько иная методика обработки, которая также может использоваться в случае необходимости: наконечник тщательно мылся с мылом под струей теплой воды, обеззараживался в 3%-ном растворе хлорамина в течение 1 ч; после этого наконечник кипятился. Наконечники одноразового использования дезинфицировались, после чего утилизировались в соответствии с правилами утилизации отходов.

В настоящее время при необходимости подготовить пациента, например, к колоноскопии либо ирригоскопии, и при наличии у него запора вместо постановки очистительных клизм часто применяются препараты для лаважа кишечника. Например, упаковка лекарственного средства Фортранс содержит 4 пакета, которые требуются для одной очистки кишечника перед исследованием. В пакете содержится: макроголя-4000 — 64 г; натрия сульфата безводного — 5,7 г; натрия бикарбоната — 1,68 г; натрия хлорида — 1,46 г; калия хлорида — 0,75 г. Фортранс является осмотическим слабительным. Соли, содержащиеся в препарате, препятствуют нарушению водно-электролитного баланса организма.

Применяют Фортранс внутрь, предварительно растворив содержимое одного пакета в 1 л воды. Для полного опорожнения кишечника требуется около 3–4 л раствора. Применяется в 2 приема: половина объема в вечернее время и половина — утром, за 3–4 ч до исследования.

Имеются противопоказания для использования Фортранса. К ним относятся: дегидратация, выраженная хроническая сердечная недостаточность, тяжелые воспалительные заболевания толстого кишечника с язвенно-эрозивными изменениями слизистой оболочки, кишечная непроходимость и детский возраст. Побочным эффектом при превышении дозы может быть осмотическая диарея, которая самостоятельно прекращается через 24–48 ч.

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ПОНОСЕ И НЕДЕРЖАНИИ КАЛА

Поносом называется неоформленный стул, появляющийся более 3 раз в сутки. Чаще всего он бывает при кишечных инфекциях и воспалительных болезнях кишечника; иногда может осложнить течение других заболеваний: сахарный диабет, гипертиреоз и т. д.

Уход при поносе требуется тяжелобольным. Как только у такого пациента появился позыв на дефекацию, ему необходимо без промедления подать подкладное судно. Прозезинфицированное подкладное судно должно содержаться в абсолютной чистоте и храниться под кроватью пациента, нуждающегося в уходе. Для подмывания, которое проводится необходимы резиновая перчатка, теплая вода (можно использовать слабый раствор калия перманганата 1 : 5000, раствор риванола или другой дезинфицирующий раствор), кувшин, держатель (пинцет или корнцанг), стерильные ватные шарики, резиновое подкладное судно для подмывания.

Алгоритм действий следующий.

Перед подачей судно следует согреть, налив в него немного горячей воды. Пациента нужно уложить на спину с согнутыми в ногах коленями. Человеку необходимо помочь приподняться: левой рукой приподнимается крестец пациента. Под ягодицы и бедра подкладывается клеенка, на которую правой рукой осторожно нужно подвести судно, расположив широким отверстием под промежностью. Пациента следует укрыть и оставить одного, чтобы обеспечить психологический комфорт. Однако персонал не должен покидать его совсем без присмотра, т. к. у пациента может случиться обморок, человек может соскользнуть с судна и т. п. Младший медработник должен находиться поблизости. После завершения дефекации судно осторожно необходимо вынуть из-под пациента и вынести в туалет, где освободить от содержимого, помыть, продезинфицировать 1%-ным раствором хлорной извести, ополоснуть и отнести к пациенту в палату.

Человека сразу после дефекации нужно подмыть. Младшей медсестре следует обработать руки, надеть резиновые перчатки, стать справа от

пациента. Он при этом лежит на спине с согнутыми в коленях и слегка разведенными ногами. Под ягодицы пациента подводится резиновое подкладное судно для подмывания, которое ставится на клеенку, покрывающую простынь. В левую руку берется кувшин с водой или подготовленным дезинфицирующим раствором, подогретым до 30–35 °С. Из емкости поливают на наружные половые органы у женщин или на область промежности у мужчин. Используются стерильные инструменты. Стерильным ватным тампоном, зажатым корнцангом, следует обмыть по направлению сверху вниз и снаружи кнутри. Тампоны нужно поменять несколько раз. Сухими ватными тампонами протирается кожа в том же направлении. Тампоны необходимо обеззаразить и утилизировать. Для исключения мацерации кожу около заднепроходного отверстия следует смазать вазелином или защитным кремом, пациента укрыть одеялом. Либо, в соответствии с состоянием, на него нужно надеть сухое чистое белье и после этого укрыть одеялом.

Недержанием кала считается непроизвольная дефекация вследствие расслабления сфинктера заднего прохода. Этот симптом обычно является признаком поражения нервной системы. У людей в таких случаях относительно постоянно вытекает некоторое количество жидких испражнений, которые загрязняют постель, издают неприятный запах, раздражают других пациентов. Отделяемое мацерирует кожу вокруг заднего прохода, что является фактором, способствующим образованию пролежней.

В настоящее время оптимальным способом ухода в случае недержания кала является применение памперсов для взрослых. Эта мера, однако, не освобождает персонал, осуществляющий уход, от подмывания пациента, которое осуществляется вышеописанным способом. Памперсы подбираются по размеру с учетом веса пациента. Убедив человека в необходимости использования памперсов, их следует надеть следующим образом. Приготовив памперс, пациента нужно повернуть на бок, спиной к медработнику. Памперс разворачивается, медсестра определяет, где у него находится место, соответствующее областям ягодиц и живота. В области живота имеются застежки-липучки. Памперс подкладывается под ягодицы пациента от поясничной области. Далее пациента нужно перевернуть на спину, а затем лицом к медработнику, расправляя памперс. После этого пациента следует вернуть в исходное положение — на спину. Нужно попросить пациента согнуть ноги в коленях и слегка их развести, после чего уложить памперс в области промежности и живота, расправить и распрямить в области бедер. Нижнюю часть памперса необходимо заправить под верхнюю и закрепить застежку-липучку слева и справа. Между сменами памперсов пациенту необходимо обрабатывать области гениталий и ягодиц.

Тем не менее следует знать и проводить процедуры ухода за пациентом в том случае, если по каким-то причинам нет возможности использовать памперс.

Младшей медсестре нужно следить за чистотой постельного и нательного белья у такого пациента и заменять их по мере надобности. Под ягодицы человека на простынь кладется клеенка, которая покрывается пеленкой — при загрязнении их легко заменить, при этом простынь остается чистой. Непосредственно под крестец пациенту подкладывается резиновое подкладное судно — эта мера служит и для профилактики пролежней (судно надувается при помощи специального насоса, причем не следует надувать емкость слишком сильно).

В случае загрязнения постельное и нательное белье меняется немедленно в соответствии с одной из общепринятых методик. Оптимальным является участие в процедуре нескольких человек. Так, сменить простыню можно, не поднимая человека. Для этого его нужно осторожно повернуть на бок, подвигая по возможности к самому краю постели; к этому же краю необходимо собирать и сменяемую простыню, скатывая ее по длине туловища человека. На освободившемся месте расправляется чистая простынь, половина которой также предварительно скатана по длине; валик скатанной простыни подводится вплотную к сменяемой. Затем пациента осторожно следует передвинуть на чистую простыню и закончить перестилание: старую простыню убрать, а свежую — раскатать и заправить свободные боковые края под матрас.

При большей неподвижности пациента целесообразно применить другой способ. Чистая простыня скатывается в поперечном направлении туловища пациента, осторожно приподнимается верхняя часть тела и некоторое время удерживается в таком положении. Подушка убирается. Грязная простыня скатывается со стороны изголовья кровати до поясицы пациента. На освободившуюся часть кровати кладется скатанная чистая простыня. Она расправляется до половины. На чистую простыню помещается подушка, сверху опускается голова пациента.

Далее следует попросить пациента согнуть ноги в коленях, опереться стопами о кровать и приподнять таз (если пациенту сделать это трудно, помощнику нужно положить левую руку под крестец пациента и помочь ему приподнять таз). Грязная простыня сдвигается, следом продолжается раскатывание чистой, после чего следует попросить пациента опустить таз (или помощник должен аккуратно опустить таз пациента). Затем необходимо приподнять и придерживать ноги пациента в области голени, продолжая сдвигать грязную простыню и расправлять чистую. В конце ноги пациента опускаются, края простыни заправляются под матрас.

Можно также заменить простыню, скатав старую с головного и ножного концов под поясничный лордоз; рядом укладывается свежая, также

скатанная с двух концов. Использованная простыня изымается, а чистая раскатывается в обе стороны.

При недержании кала пациента нужно подмывать по мере необходимости, не менее 4-х раз в сутки. При наличии метеоризма следует применить газоотводную трубку: уменьшив выраженность скопления газов, удастся ограничить и частоту появления жидких выделений из анального отверстия.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РВОТЕ

Для осуществления процедуры медицинскому персоналу понадобятся тазик или ведро, клеенка, полотенце или большая салфетка из ткани, теплая вода для полоскания рта.

Если у пациента есть съемные зубные протезы, их обязательно нужно вынуть. Человека следует усадить на устойчивый стул, закрыть грудь клеенкой или полотенцем. Необходимо попросить раздвинуть ноги, поставить на пол между ног тазик или ведро, после чего наклонить голову вперед и придерживать ее рукой до полного опорожнения желудка. Когда рвота прекратится, нужно дать немного воды для полоскания рта. Затем пациента следует попросить лечь в постель, и некоторое время введется наблюдение за его состоянием — необходимо убедиться, что рвота закончилась.

Опасной ситуацией является появление рвоты у пациента в постели, например, когда человек слаб или находится в бессознательном состоянии. В таких случаях пациента следует обязательно повернуть на бок или аккуратно повернуть на бок его голову и несколько опустить вниз. Эти приемы необходимы для предотвращения аспирации рвотными массами. Под лицо кладется клеенка, покрытая полотенцем или сложенной вчетверо пленкой. После окончания приступов рвоты осуществляется уход за полостью рта в соответствии со стандартной процедурой в зависимости от состояния пациента, например, используется небольшой резиновый баллон, наполненный водой либо 3%-ным раствором натрия гидрокарбоната, и струей аккуратно промывается полость рта. Можно обработать полость рта смоченным водой ватным или марлевым тампоном, прочно закрепленном на шпатель или пинцете. Для обработки полости рта можно также использовать 2%-ный раствор борной кислоты.

ТЕХНИКА ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА

Промывание желудка проводится в тех случаях, когда необходимо удалить из него принятую недоброкачественную пищу или яды. **Промывание желудка** — лечебная и диагностическая процедура. Противопока-

заниями являются судороги, непроходимость пищевода, тяжелое желудочное кровотечение. Принцип сообщающихся сосудов является физической основой метода.

Для оптимального проведения процедуры необходимо использовать толстый желудочный зонд длиной 1–1,5 м с воронкообразно расширенным верхним концом (либо варианты одноразового); стеклянную воронку объемом около 1 л и просветом трубчатой части не менее 8 мм (либо шприц большой емкости — например, шприц Жане); емкость с водой комнатной температуры или лекарственным веществом (светлым раствором калия перманганата, 2%-ным раствором натрия гидрокарбоната), пластиковый фартук для пациента, ведро или таз для слива промывных вод, жесткий стул с прямой спинкой для пациента.

Пациента обязательно нужно поставить в известность о назначенной процедуре, о ее цели и получить согласие. Человеку объясняется ход процедуры. Кроме того, его следует предупредить, что введение зонда может вызвать тошноту и даже позывы на рвоту, но процедура эта безболезненна и безопасна. Для облегчения рвотных позывов пациенту предлагается делать глотательные движения во время продвижения зонда по пищеводу; глубокое дыхание через нос также полезно с этой целью. Нужно объяснить, что нельзя сдавливать просвет зонда зубами, пытаться выдернуть зонд.

Формула расчета глубины введения: расстояние от пупка до резцов пациента плюс 5–10 см. Она обычно составляет 50–60 см. Метка глубины введения на зонде ставится до процедуры, используя бриллиантовый зеленый.

Пациенту, который может сидеть, нужно предложить сесть на стул прямо, плотно прислонившись к спинке. Для минимизации анатомических изгибов и облегчения продвижения зонда голову следует наклонить вперед. Пациенту необходимо развести колени; на пол между ног ему ставится подготовленная емкость для промывных вод — таз или ведро. Перед процедурой промывания медработнику нужно обработать руки гигиеническим способом. При наличии у пациента съемных зубных протезов они удаляются с соблюдением гигиенических правил. Грудь пациента закрывается клеенчатым фартуком.

Зонд смачивается водой для облегчения скольжения. Пациента нужно попросить раскрыть рот широко, произнести звук «а-а-а» и глубоко дышать носом. Медработник, ставший справа от пациента, должен быстрым движением ввести зонд за корень языка, после чего пациенту разрешается закрыть рот и сделать несколько глотательных движений, в то время как медсестра проталкивает зонд по пищеводу. Если зонд выскочил то введение повторяется. Если зонд свернулся, его следует извлечь и, успокоив человека, ввести снова. Симптомом попадания зонда в

гортань является появление у пациента кашля; он начинает задыхаться. Может появиться цианоз и изменяться тембр кашля. В таких случаях зонд необходимо немедленно извлечь и аккуратно ввести снова.

Когда зонд установлен, к нему присоединяется воронка. Она опускается на уровень колен пациента и, слегка наклонив, чтобы не пустить воздух в желудок, в нее нужно медленно налить подготовленный раствор; воронку при этом постепенно следует поднимать выше уровня рта. Жидкость обычно быстро вливается; в желудок может насосаться воздух, что нежелательно. Поэтому необходимо следить, чтобы в устье воронки осталось некоторое количество вводимой жидкости. После этого воронку сразу нужно опустить до уровня колен пациента; в таком положении она удерживается, пока наполняется содержимым желудка (промывными водами). Затем ее нужно опрокинуть над тазом или ведром. Как только жидкость перестанет вытекать из воронки, туда вновь необходимо налить раствор и повторить процедуру до тех пор, пока из желудка не станут появляться чистые промывные воды. Для процедуры может потребоваться 8–10 л воды, хотя иногда расходуется меньший объем.

Ослабленным пациентам промывание желудка следует проводить в постели. Дав стандартные объяснения о процедуре и получив согласие человека, его нужно повернуть на бок к краю кровати, голову уложить низко и аккуратно повернуть набок, чтобы промывная жидкость не могла затекать в гортань. Процедура введения зонда и непосредственного промывания желудка выполняются стандартным образом.

Иногда приходится осуществлять промывание желудка в тех условиях, когда необходимые принадлежности отсутствуют, например, дома. Нужно получить согласие человека. Пациенту стоит объяснить ход процедуры, которая состоит в следующем. Усадив человека на стул, как это было описано выше, ему предлагается выпить 1–2 л теплого раствора воды и питьевой соды. При появлении тошноты или позыва на рвоту питье жидкости временно приостанавливается, следует предложить пациенту задержать дыхание или дышать носом, закрыв рот. Когда вся подготовленная жидкость выпита, нужно вызвать у пациента рвоту, раздражая корень языка. Можно повторить процедуру несколько раз. Полного удаления содержимого желудка при таком способе, как правило, не происходит, и такой вариант целесообразно избрать только в тех случаях, когда невозможно промыть желудок должным образом.

ТЕХНИКА ВВЕДЕНИЯ ГАЗОТВОДНОЙ ТРУБКИ

Газоотводная трубка применяется при выраженном *метеоризме* — вздутии живота, которое вызвано скоплением большого количества газов в кишечнике.

Для процедуры необходимо подготовить подкладное резиновое судно, пеленку, шпатель, вазелин, газоотводную трубку. Обычно в условиях стационара применяется одноразовая газоотводная трубка. Она обычно мягкая, эластичная, длиной 30–50 см и диаметром 3–5 мм; конец трубки, вводимый в кишечник, закруглен, другой — косо срезан.

Пациента нужно уложить на левый бок и раздвинуть ягодицы. Вращательным движением следует медленно ввести газоотводную трубку в заднепроходное отверстие на 20–30 см. Если человека нельзя поворачивать, то он лежит на спине, слегка раздвинув и согнув в коленях ноги. Наружный конец трубки опускается в подкладное судно или во вчетверо сложенную пеленку и оставляется в кишечнике до полного отхождения газов либо не более 2 ч. Последнее необходимо для предупреждения формирования пролежней стенки кишечника. После извлечения трубки окружность заднего прохода вытирается ватой. При необходимости использовать газоотводную трубку можно несколько раз в течение суток.

В случае применения трубки многократного использования (например, у одного и того же пациента в домашних условиях) после процедуры ее необходимо вымыть теплой водой с мылом, протереть, выдержать в 3%-ом растворе хлорамина 1 ч; перед следующей процедурой трубку нужно прокипятить.

НЕОТЛОЖНАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ЖЕЛУДКА ИЛИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Обильное кровотечение из желудка или ДПК чаще всего появляется как осложнение язвы этих отделов ЖКТ. Типичными клиническими признаками являются рвота в виде «кофейной гущи», реже — сгустками крови; мелена, изменение параметров гемодинамики, проявляющееся падением артериального давления и нарастанием частоты сердечных сокращений.

Появление «кофейной гущи» обусловлено взаимодействием крови с соляной кислотой и образованием солянокислого гематина. **Меленой, или дегтеобразным стулом**, называют липкие выделения черного цвета; симптом появляется при одномоментной кровопотере и прохождении через кишечник от 200 мл крови и более. Мелена — относительно поздний признак — появляется в пределах от 6-ти до 24-х ч после состоявшегося/начавшегося кровотечения. Явные изменения параметров гемодинамики у человека, не имеющего других заболеваний, обнаружатся при кровопотере более 500 мл. Особенно заметны нарастание ЧСС и падение АД

при перемене положения тела из горизонтального в вертикальное. При менее выраженном кровотечении, длившемся в течение нескольких предшествующих дней, обнаруживаются ранее нехарактерные для обследуемого одышка, слабость, обмороки, частый пульс слабого наполнения. Вероятно выявление жалоб на боли в эпигастральной области, указывающих на вероятную причину возможного кровотечения; при поверхностной пальпации в этой зоне могут выявляться болезненность, резистентность или напряжение мышц передней брюшной стенки.

Пациента с желудочным кровотечением необходимо уложить, подложив под ноги небольшой валик, чтобы приподнять их. Ему нужно объяснить, что есть, пить и курить запрещено. На эпигастральную область немедленно укладывается пузырь со льдом — широкогорлая емкость, пластиковая или резиновая, заполненная на $\frac{3}{4}$ колотым льдом и закрытая заворачивающейся крышкой; пузырь перед наложением заворачивается в полотенце или вчетверо сложенную хлопчатобумажную ткань. На поверхности живота пузырь со льдом удерживается периодами по 30 мин, делая 15-минутные перерывы. При необходимости растаявший лед в емкости заменяется. В случае повторения рвоты оказывается соответствующая помощь, чтобы предупредить аспирацию, сохраняя положение пациента лежа, но повернув его на бок.

Если кровотечение произошло вне лечебного учреждения, то параллельно с оказанием неотложной доврачебной помощи обеспечивается вызов бригады скорой медицинской помощи для дальнейшего оказания первой врачебной помощи и транспортировки в специализированное учреждение в горизонтальном положении на каталке или на носилках.

КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ КИШЕЧНИКА

Кишечное кровотечение возможно, например, при геморрое, опухлях кишечника, ангиодисплазиях тонкой кишки. Типичные проявления тяжелого кишечного кровотечения — кровянистый стул и изменение показателей гемодинамики. Признаком скрытого кишечного кровотечения является железодефицитная анемия.

Кровянистым стулом считается поступление из прямой кишки фекалий темно-бордового цвета, перемешанных с кровью, либо кровавая диарея. При кишечном кровотечении из прямой кишки может выделяться чистая кровь, сгустки крови, кровь, покрывающая кал.

Если локализация источника тяжелого кишечного кровотечения неизвестна, то неотложная доврачебная помощь заключается в обеспечении пациенту покоя в горизонтальном положении с подачей пузыря со льдом (в соответствии с вышеописанной процедурой), который укладывается на околопупочную область. При наличии кровавой диареи пациенту оказы-

вается соответствующая помощь — подается подкладное судно. Оно устанавливается на клеенку под ягодицы человека. Обеспечивается доставка пациента с тяжелым кишечным кровотечением в соответствующее лечебное учреждение на каталке с помощью вызова бригады скорой медицинской помощи. В случае обоснованного подозрения на инфекционное заболевание в обязательном порядке должны соблюдаться все необходимые процедуры дезинфекции в рамках обеспечения инфекционной безопасности.

ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К СДАЧЕ АНАЛИЗА КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ

В случаях, когда предполагается скрытое желудочно-кишечное кровотечение, врачи прибегают к исследованию кала на скрытую кровь. При этом состоянии нет вышеописанной клинической картины острого кровотечения, а также отсутствуют явные признаки наличия в фекалиях крови. Клиническим проявлением скрытого кишечного кровотечения будет железодефицитная анемия.

Для выявления скрытого хронического кровотечения из ЖКТ в настоящее время используется иммунологическое исследование либо различные модификации гваякового теста.

Гваяковый тест требует подготовки пациента для исключения ложноположительного или ложноотрицательного результата.

Ложноположительную реакцию кала на скрытую кровь могут спровоцировать те продукты питания, которые содержат псевдопероксидазу. Прежде всего, это красное мясо, но также сырые репа, брокколи, редька, пастернак, цветная капуста, мускусная дыня. Описаны ложноотрицательные результаты теста на фоне приема аскорбиновой кислоты, а также при неправильном хранении диагностических карт, при разрушении гемоглобина флорой толстой кишки. Такой результат может быть связан с периодом отсутствия кровотечения во время выполнения анализа. Полезно помнить, что пероральный прием препаратов железа не приводит к ложноположительным результатам теста на скрытую кровь. Из этого логично следует, что положительные результаты гваякового теста, проведенного на фоне поддерживающей терапии препаратами железа, следует расценить как подтверждение наличия желудочно-кишечного кровотечения.

Пациенту, как обычно, следует объяснить правила проведения теста в соответствии с инструкцией. Обычно требуется в течение не менее 3-х дней перед выполнением анализа исключить употребление красного мяса и овощей, содержащих пероксидазу; запрещается также принимать витамин С, аспирин и нестероидные противовоспалительные средства. Для исследования необходимо забирать по 2 пробы кала во время 3 последовательных актов дефекации. Для получения положительного резуль-

тата теста на скрытую кровь достаточно излития в кишечник 2 мл крови. Соответственно, тест может показать положительный результат в некоторых случаях кровоточивости десен при чистке зубов, а также при носовых кровотечениях, если кровь заглатывается, что следует учесть при сборе анамнеза и выборе протокола диагностики.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

После проведения теоретического опроса оптимально провести тренировку ряда мероприятий по уходу в соответствии с темой занятия на манекенах при их наличии. Возможна имитация оказания неотложной помощи при рвоте, а также при желудочном и кишечном кровотечениях в учебном классе на манекенах. После тренинга возможно организовать проведение мероприятий по уходу за пациентами под наблюдением среднего медперсонала клинической больницы и при наличии согласия пациентов. Возможно присутствие студентов при осуществлении ухода персоналом клиники. При наличии соответствующих врачебных назначений студенты в присутствии медсестры могут провести инструктаж пациентов для подготовки к сдаче анализа кала на скрытую кровь. Преподаватель контролирует выполнение студентами практических навыков.

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

1. В соответствии с «Инструкцией» № 106 МЗ Республики Беларусь от 2019 г. различают:

- а) диетическое питание;
- б) диетическое лечебное питание;
- в) диетическое хирургическое питание;
- г) индивидуальное диетическое питание;
- д) дополнительное диетическое питание.

2. В соответствии с «Инструкцией» № 106 МЗ Республики Беларусь от 2019 г. различают:

- а) базовое диетическое питание;
- б) диетическое лечебное питание;
- в) диетическое профилактическое питание;
- г) дополнительное диетическое питание;
- д) добавочное диетическое питание.

3. В соответствии с «Инструкцией» № 106 МЗ Республики Беларусь от 2019 г. различают основные лечебные рационы:

- а) В, Р, М, N, Т;
- б) Б, В, С, П, Т;

- в) Б, В, С, П, Т, Ф;
- г) Б, П, Н, М, Т;
- д) О, Д, П, А.

4. Порционирование готовой кулинарной продукции для лечебного питания осуществляется в:

- а) кухне стационара;
- б) процедурном кабинете отделения;
- в) палате у постели пациента;
- г) манипуляционной;
- д) столовой-раздаточной отделения стационара.

5. Особенностью стандартных (готовых) питательных смесей для энтерального питания пациентов с заболеваниями печени является:

- а) низкое содержание разветвленных аминокислот;
- б) низкое содержание ароматических аминокислот;
- в) повышенное содержание кальция;
- г) высокое содержание разветвленных аминокислот;
- д) высокое содержание ароматических аминокислот.

6. При кормлении пациента в постели поднос с едой устанавливают на:

- а) табуретку;
- б) стул;
- в) прикроватный столик;
- г) соседнюю кровать;
- д) каталку.

7. При кормлении тяжелобольного в постели следует:

- а) помочь ему дойти до столовой;
- б) помочь ему сесть за стол в палате;
- в) опустить голову пациента низко;
- г) придать положение полусидя;
- д) обязательно опустить ноги к полу.

8. При естественном кормлении пациента в постели используется:

- а) поильник;
- б) кружка Эсмарха;
- в) чайник;
- г) толстый желудочный зонд;
- д) воронка.

9. При естественном кормлении пациента в постели используется из названного:

- а) шприц Жане;
- б) ложка;
- в) дуоденальный зонд;
- г) тонкий желудочный зонд;
- д) толстый желудочный зонд.

10. При кормлении тяжелобольного в постели для придания ему возвышенного положения не применяется:

- а) подкладывание под спину нескольких подушек;
- б) регулирование головного конца кровати;
- в) поддержка пациента левой рукой кормящего;
- г) активные передвижения пациента;
- д) поддержка пациента помощником кормящего.

11. К признакам расстройства глотания при кормлении пациента с поражением ЦНС не относится:

- а) слюнотечение;
- б) появление смазанной речи;
- в) кашель;
- г) срыгивание;
- д) желудочная диспепсия.

12. К признакам расстройства глотания при кормлении пациентов с поражением ЦНС не относятся:

- а) боли в эпигастрии;
- б) отказ от еды;
- в) тревога по поводу приема пищи;
- г) удушье;
- д) гнусавость голоса.

13. Показанием для естественного кормления тяжелобольного является:

- а) новообразование пищевода;
- б) воспаление легких;
- в) выполненная операция в полости рта;
- г) бессознательное состояние пациента;
- д) расстройства глотания при поражении ЦНС.

14. Диаметр зонда для процедуры искусственного кормления:

- а) 1 см;
- б) 0,5–0,8 см;
- в) 0,2–0,4 см;
- г) 1,5 см;
- д) 1,3 см.

15. При искусственном кормлении зонд вводят, рассчитывая глубину введения по формуле:

- а) рост пациента – 10;
- б) рост пациента – 80;
- в) рост пациента – 64;
- г) рост пациента – 25;
- д) рост пациента – 100.

16. При искусственном кормлении тяжелобольного предпочтительное положение пациента:

- а) лежа на спине;
- б) лежа на левом боку;
- в) лежа на правом боку;
- г) полусидя;
- д) сидя.

17. Чтобы убедиться, что при проведении искусственного кормления зонд находится в желудке, применяется:

- а) рентгеноскопия;
- б) аускультация при введении воздуха в желудок;
- в) рентгенография;
- г) перкуссия;
- д) ультразвуковой контроль.

18. Какое мероприятие по уходу за тяжелобольным применяется при неосложненном запоре?

- а) сифонная клизма;
- б) очистительная клизма;
- в) лекарственная клизма со слабительным;
- г) лаваж кишечника с помощью лекарственного средства Фортранс;
- д) дозированная ходьба.

19. Для постановки очистительной клизмы используется (из названного):

- а) дистиллированная вода;
- б) чистая вода комнатной температуры;
- в) бидистиллированная вода;
- г) раствор магния сульфата.

20. Для постановки очистительной клизмы предпочтительно использовать:

- а) резиновый наконечник;
- б) конец резинового шланга;
- в) эбонитовый наконечник;
- г) одноразовый наконечник.

21. При постановке очистительной клизмы активный пациент находится в положении:

- а) на левом боку, ноги приведены к животу;
- б) на правом боку, ноги приведены к животу;
- в) на спине, ноги выпрямлены;
- г) на спине, ноги согнуты в коленях.

22. При постановке очистительной клизмы тяжелобольной находится в положении:

- а) на левом боку, ноги приведены к животу;

- б) на правом боку, ноги приведены к животу;
- в) на спине, ноги выпрямлены;
- г) на спине, ноги согнуты в коленях.

23. Для постановки очистительной клизмы потребуется объем жидкости:

- а) 6 л;
- б) 4 л;
- в) 3 л;
- г) 1 л;
- д) 0,5 л.

24. Кружка Эсмарха закрепляется на штативе высотой от пола:

- а) 180 см;
- б) 150 см;
- в) 80 см;
- г) 75 см;
- д) 60 см.

25. Применение средства Фортранс возможно:

- а) при кишечной непроходимости;
- б) при тяжелой сердечной недостаточности;
- в) при выраженной дегидратации;
- г) при холере;
- д) для подготовки к колоноскопии.

26. Уход за тяжелобольным при недержании кала исключает:

- а) применение памперсов;
- б) подмывания пациента;
- в) постановку газоотводной трубки;
- г) применение очистительной клизмы перед колоноскопией;
- д) регулярное применение слабительных.

27. Лекарственное средство Фортранс вводят:

- а) внутрь;
- б) внутривенно;
- в) в очистительной клизме;
- г) в лекарственной клизме;
- д) электрофорезом.

28. Для подмывания тяжелобольного не требуется подготовить:

- а) резиновый зонд;
- б) стерильную вату;
- в) клеенку;
- г) подкладное судно;
- д) корнцанг.

Ответы: 1 — а, б, г, д; 2 — в, г; 3 — г; 4 — д; 5 — б, г; 6 — в; 7 — г; 8 — а; 9 — б; 10 — г; 11 — д; 12 — а; 13 — б; 14 — б; 15 — д; 16 — г; 17 — б; 18 — б; 19 — б; 20 — г; 21 — а; 22 — г; 23 — г; 24 — б; 25 — д; 26 — д; 27 — а; 28 — а.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Об утверждении «Инструкции о порядке организации диетического питания»* [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 21 ноября 2019 г. № 106. Режим доступа : [www.http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21934844](http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21934844) Дата доступа : 10.04.20.

2. *Переверзева, Е. В.* Организация лечебного питания. Наблюдение и гигиенический уход за больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта : метод. рекомендации / Е. В. Переверзева, В. И. Мельничук. Минск : БГМУ, 2011. 26 с.

3. *Переверзева, Е. В.* Уход за больными при нарушении моторно-эвакуаторной функции кишечника : метод. рекомендации / Е. В. Переверзева, В. И. Мельничук. Минск : БГМУ, 2011. 18 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	3
Мотивационная характеристика темы.....	3
Основы лечебного питания. Виды энтерального питания.....	5
Организация диетического питания в организации здравоохранения.....	5
Основные лечебные рационы и показания к назначению.....	8
Составление порционника и порционного требования.....	9
Контроль за хранением и ассортиментом продуктов, разрешенных к передаче в стационар.....	9
Осуществление лечебного питания.....	10
Виды энтерального питания.....	13
Искусственное кормление через зонд или через гастростому.....	14
Парентеральное питание.....	17
Медицинский уход за пациентами при нарушении функций желудочно-кишечного тракта.....	18
Уход за пациентами при запорах.....	18
Уход за пациентами при поносе и недержании кала.....	21
Неотложная помощь при рвоте.....	24
Техника промывания желудка.....	24
Техника введения газоотводной трубки.....	26
Неотложная доврачебная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.....	27
Кровотечение из желудка или двенадцатиперстной кишки.....	27
Кровотечение из кишечника.....	28
Подготовка пациента к сдаче анализа кала на скрытую кровь.....	29
Задание для самостоятельной работы.....	30
Самоконтроль усвоения темы.....	30
Список использованной литературы.....	35