

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

Е. В. ПЕРЕВЕРЗЕВА, В. И. МЕЛЬНИЧУК

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ.
НАБЛЮДЕНИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД
ЗА БОЛЬНЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2011

УДК 616.34-002-083.2 (075.81)
ББК 54.133 я73
П27

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
методических рекомендаций 26.01.2011 г., протокол № 5

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

Переверзева, Е. В.

П27 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. – 20 с.

ISBN 978-985-528-371-4.

Описаны принципы и методики ухода (кормление, промывание желудка и др.) за тяжёлыми
больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Предназначены для студентов лечебного, медико-профилактического и медицинского
факультета иностранных учащихся.

УДК 616.34-002-083.2 (075.81)
ББК 54.133 я73

ISBN 978-985-528-371-4

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

Мотивационная характеристика темы

Общее время занятия: 2 академических часа.

Навыки ухода за больными обязательно должны включать методики, связанные с лечебной и гигиенической помощью при нарушениях работы желудочно-кишечного тракта. Кроме того, при многих заболеваниях приходится особое внимание уделять питанию больных — придерживаться рекомендаций диетолога, а также обеспечить оптимальный путь доставки питательных веществ в организм. Последнее имеет особое значение у тяжелобольных, которым необходимо кормление через зонд либо даже парентеральное питание. Через установленный желудочный зонд можно ввести те лекарственные вещества, которые предпочтительнее вводить перорально, чем парентерально. Младший и средний медперсонал также должны владеть навыками доврачебной помощи при неотложных состояниях, связанных с патологией желудочно-кишечного тракта, а значит навыками диагностики этих состояний по очевидным признакам. И, наконец, подготовка к диагностическим исследованиям, обычно являющаяся обязанностью среднего и младшего медперсонала, включает при ряде заболеваний подготовку желудочно-кишечного тракта. Поэтому всеми этими навыками следует овладеть будущему врачу, который впоследствии будет осуществлять контроль работы вспомогательного персонала.

Цель занятия: изучить необходимые навыки ухода за больным, связанные с обеспечением его питанием, а также с осуществлением неотложной доврачебной диагностики и помощи при ряде заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Задачи занятия:

- овладеть навыком кормления тяжелобольного в постели;
- изучить и, по возможности, научиться проводить искусственное (зондовое) кормление больного;
- научиться оказывать неотложную помощь при рвоте;
- изучить и, по возможности, овладеть техникой промывания желудка;
- изучить клинические признаки кровотечения из желудка и двенадцатиперстной кишки и овладеть навыками неотложной доврачебной помощи при этом состоянии;
- изучить клинические признаки кишечного кровотечения и овладеть навыками неотложной доврачебной помощи при этом состоянии;
- изучить и, по возможности, овладеть техникой введения газоотводной трубки;
- овладеть навыком подготовки больного к взятию кала на скрытую кровь.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин

1. Анатомическое строение желудочно-кишечного тракта.
2. Физиология пищеварения в желудке и кишечнике.
3. Физиологическая норма моторно-эвакуаторной функции кишечника.
4. Методика венепункции и внутривенного капельного введения лекарств.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Методика кормления тяжелобольного в постели.
2. Методика проведения искусственного кормления больного.
3. Оказание неотложной помощи при рвоте.
4. Техника промывания желудка.
5. Клинические признаки кровотечения из желудка и двенадцатиперстной кишки и неотложная доврачебная помощь при этом состоянии.
6. Клинические признаки кишечного кровотечения и методика оказания неотложной доврачебной помощи при этом состоянии.
7. Техника введения газоотводной трубки.
8. Методика подготовки больного к взятию кала на скрытую кровь.

Кормление тяжелобольного в постели

Кормление тяжелобольного в постели осуществляется в случае предписания больному постельного режима, либо если больной слаб.

Во время кормления в палате должны быть завершены все лечебные процедуры, физиологические отправления, уборка. Помещение должно быть проветрено. Перед кормлением следует убрать все предметы, которые могут вызвать у больного отвращение к пище (плохо пахнущие лекарства, мочеприёмники, плевательницы и т. п.). Ухаживающий за больным должен быть опрятен, ему следует вымыть свои руки в присутствии больного. Он следит за тем, чтобы диетическая пища имела привлекательный внешний вид и запах, а также за хорошей сервировкой. Помещение должно быть чистым. Перед кормлением следует обеспечить мытьё рук и больному. Прикроватный столик протирают перед тем, как поставить поднос с едой. Нельзя ставить поднос с едой ни на грудь, ни на ноги больного (если его присаживают). Следует рассказать, какое блюдо приготовлено, особенно при отсутствии у человека аппетита. Пища должна быть тёплой и выглядеть аппетитно в течение всей процедуры кормления.

В некоторых случаях больной, находясь в постели, может сесть и принять пищу самостоятельно. Резко ослабленных и тяжелобольных кормят в наиболее удобном для них положении. Чаще всего ухаживающий придаёт больному возвышенное положение полусидя, подложив под спи-

ну 2–3 подушки либо приподнимая головной конец функциональной кровати. В некоторых случаях левой рукой приподнимают голову больного вместе с подушкой, а правой подносят ему ко рту ложку или поильник. Иногда по назначению врача больного для кормления поворачивают на бок. Шею и грудь лежащего прикрывают сложенной вдвое пелёнкой. Кормление проводят спокойно, не спеша. Нельзя торопить больного, а надо терпеливо ждать, пока он не прожует и не проглотит еду. Кормят больного мягкой пищей с ложки маленькими порциями или из поильника маленькими глотками. Ложку наполняют на 2/3 и прикасаются ею к нижней губе, чтобы пациент открыл рот; затем прикасаются ложкой к языку и, оставив пищу в полости рта, извлекают пустую ложку. Дают больному время прожевать и проглотить, предлагают питьё после нескольких ложек мягкой пищи. Для этого прикладывают «носик» поильника к нижней губе и вливают жидкость небольшими порциями. Губы пациента при необходимости вытирают салфеткой.

При использовании поильника пища, разумеется, должна быть жидкой, причём к этому не должно быть противопоказаний. Следует обращать внимание на то, свободно ли больной глотает еду, нет ли поперхивания или кашля при попытке глотания. Больному дают достаточно питья, если иное не предусмотрено диетой; пить предлагают из поильника либо из стакана, в который вставлена изогнутая в виде буквы «Г» трубочка.

После кормления пациенту дают немного воды и просят его прополоскать рот, вытирают губы и подбородок. Затем убирают салфетку, которой прикрывали больного, и помогают ему удобно лечь; посуду убирают. Обязательно стряхивают крошки с постели и расправляют её. По возможности для кормления тяжелобольного пациента выделяют индивидуальную посуду, которую после еды очищают от остатков пищи, моют обезжиривающим средством, обеззараживают. Для дезинфекции можно применять различные средства, например «Септодор» 0,2 %: посуду полностью погружают в раствор на 15 мин, после чего моют под проточной водой в течение 10 мин. Время экспозиции посуды зависит от дезраствора и определяется прилагающейся к препарату инструкцией.

Имеются особенности кормления больных с поражением нервной системы. Так, у 27 % больных, которым был диагностирован инсульт, имеется различной степени нарушение глотания — орофарингеальная дисфагия. Ещё около 13 % находятся в сопорозном состоянии и не могут быть присажены для приёма пищи. В таких случаях (если больной не глотает) при кормлении через рот нельзя просто вливать пищу, так как попадание её в дыхательные пути может вызвать тяжёлые осложнения. Поэтому у больных перед кормлением следует выявлять признаки расстройства глотания, которые могут появляться и в динамике заболевания. В ряде случаев из-за сопутствующего расстройства речи пациент не сможет пря-

мо сказать о симптоме. Поэтому вначале необходимо оценить состояние больного, ответив на ряд вопросов (Пациент бодрствует или может быть разбужен? Может пациент быть посажен? Может ли, сидя, контролировать положение головы? Может ли пациент покашлять, если его попросить об этом? Может ли пациент контролировать слюну? Может ли пациент облизать губы? Может ли свободно дышать? Голос больного чистый или хриплый, «влажный»?) При отсутствии явных отклонений по данным теста проводят скрининговое тестирование глотания следующим образом: дают поочерёдно 3 чайные ложки воды, каждый раз после глотка оценивая наличие кашля, звучность голоса, появление одышки. Если всё нормально, дают выпить 0,5 стакана воды. В случае, когда нет отклонений, проводят процедуру кормления, не теряя бдительности. Если на любом этапе возникли кашель, удушье или одышка, хриплый «влажный» голос — информируют врача (специалиста по глотанию). Врача информируют при любых сомнениях в результатах теста. При ухудшении состояния больного с течением времени оценку повторяют.

Если было принято обоснованное решение о естественном кормлении больного с поражением ЦНС, то соблюдают ряд правил. Кормят в положении сидя или полусидя с опорой под спину. Подбирают позу для наиболее эффективного и безопасного глотания. Голову несколько наклоняют и поворачивают её в здоровую сторону. Используют зубные протезы с контролем их положения в процессе еды. Пищу в полость рта дают небольшими порциями; не дают напитки с пищей. Используют поильники с носиком, а соломинки исключают. Чтобы не допустить аспирации из рациона исключают сухие крошащиеся продукты. Возможно использование загустителей жидкости — желатина, крахмала. Подбирают оптимальную консистенцию пищи: чем более жидкая пища, тем труднее сделать безопасный глоток. После завершения кормления проводят тщательную ревизию полости рта, чтобы там не было остатков пищи, и обеспечивают вертикальное положение больного в течение не менее 30 минут.

Заподозрить явное расстройство глотания можно, обнаружив при обследовании больного следующие признаки: смазанную речь, слюнотечение, кашель или «прочистку горла» во время или после приёма пищи. Также может появиться изменение голоса во время или после глотания, срыгивание, затруднение дыхания или удушье. Возможны указания больного на чувство «застревания» в горле либо отмечаются видимые проявления тревоги по поводу приёма пищи или питья, увеличение продолжительности акта еды и даже отказ от еды.

Искусственное кормление через зонд или гастростому

Иногда питание через рот невозможно или резко затруднено. Такое бывает, например, при новообразованиях полости рта, пищевода, желудка либо непосредственно после оперативных вмешательств на этих областях, а также при бессознательном состоянии больного, нарушении акта глотания из-за поражения нервной системы. В таких случаях применяют искусственное кормление больного. В зависимости от клинической ситуации может быть применено кормление пациента через зонд либо гастростому.

Для кормления пациента через зонд следует приготовить: стерильный одноразовый зонд диаметром 0,5–0,8 см; вазелин или глицерин; шприц Жане либо воронку; раствор бриллиантового зелёного; фонендоскоп; лейкопластырь; английскую булавку или прочный зажим; пробку для зонда; шприц; стакан с водой (30–50 мл) и трубочкой для питья; жидкую пищу в количестве 600–800 мл. В зависимости от рекомендаций диетолога 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 кладут в морозильную камеру за 1,5 ч до кормления. Вымыв руки, объясняют пациенту ход процедуры (если больной в сознании) и кладут перед ним на столик всё необходимое. Определяют расстояние, на которое должен быть введён зонд (для этого от роста в сантиметрах отнимают 100), и ставят метку бриллиантовым зелёным. Конец зонда, который будут вводить в желудок, обрабатывают вазелином либо глицерином. По возможности помогают больному принять положение полусидя либо приподнимают головной конец функциональной кровати. Грудь пациента прикрывают салфеткой. Если больной доступен контакту, его просят запрокинуть голову назад, после чего через нижний носовой ход вводят зонд на глубину 15–18 см. После этого помогают пациенту занять положение сидя и просят его продолжать заглатывать зонд, «запивая» его водой. Чтобы уменьшить тошноту, которая бывает при этом, можно давать охлаждённую воду, в которой растаял помещённый туда заранее кусочек льда. Зонд вводят до метки. В шприц набирают воздух и, установив фонендоскоп над областью желудка, вводят 30–40 мл воздуха через зонд в желудок, при этом выслушиваются специфические звуки, свидетельствующие о правильном нахождении одного конца зонда в желудке. Выходящий из носового хода зонд фиксируют лейкопластырем на спинке носа а его наружный свободный конец закрывают пробкой и фиксируют на одежде пациента английской булавкой или надёжным зажимом — так поступают, если не планируют кормить пациента сразу же после введения зонда. Если же больного собираются

покормить, то после введения одного конца зонда в желудок свободный конец пережимают зажимом и помещают в подготовленный чистый лоток. В шприц Жане набирают подготовленную жидкую пищу, при этом температура горячих блюд не должна превышать 60 °С, а холодных — быть ниже 10 °С. Соединяют шприц Жане с желудочным зондом, удерживая шприц левой рукой за наконечник; рукоятка поршня при этом направлена вверх. Затем снимают зажим с зонда и переводят шприц в положение, при котором рукоятка поршня направлена книзу; место соединения зонда со шприцем продолжают надёжно удерживать левой рукой. Правой рукой начинают медленно вводить питательную смесь. Завершив процедуру, отсоединяют шприц Жане и промывают зонд водой из другого шприца. Закрывают свободный конец промытого зонда пробкой и закрепляют его на одежде пациента зажимом.

По окончании кормления следует убедиться, что пациент чувствует себя комфортно. Ему помогают удобно лечь, всё лишнее убирают. Моют руки.

Иногда при искусственном кормлении через желудочный зонд используют вместо шприца Жане воронку. В этом случае все манипуляции до присоединения шприца осуществляют аналогично. К введённому зонду присоединяют воронку. Её опускают на уровень желудка и, слегка наклонив, наполняют подготовленной пищей. Затем, удерживая воронку прямо, снимают зажим с зонда и следят за тем, чтобы жидкая пища дошла до уровня устья воронки. Скорость поступления пищи в желудок регулируют высотой положения воронки над уровнем желудка: чем она выше, тем быстрее изливается пища. Следующую порцию пищи наливают в опустевшую воронку, вновь опустив её на уровень желудка. Покормив больного, промывают зонд и завершают процедуру, как это было описано выше.

Зондовое кормление можно осуществить также с помощью капельницы — в тех случаях, когда применяется питательная смесь в стандартной упаковке. После процедуры введения зонда используют подготовленные заранее питательный раствор, систему для капельного введения, штатив, зажимы. Флакон закрепляют на штативе, вводят через пробку иглу-воздуховод, которую закрепляют на штативе так, чтобы свободный конец воздуховода находился выше иглы. Винтовой зажим, находящийся ниже капельницы, устанавливают в положение, препятствующее току жидкости. Во флакон вводят через пробку иглу, соединённую с капельницей, после чего восстанавливают проходимость системы для капельного введения растворов винтовым зажимом. Резервуар капельницы заполняют, перевернув её вверх дном. Воздух из системы вытесняют, наполнив питательным раствором трубку ниже резервуара капельницы. Систему перекрывают зажимом. Свободный конец трубки закрепляют на штативе. У постели больного соединяют свободные концы зонда и системы для ка-

пельного энтерального введения питательной смеси, после чего снимают оба зажима и регулируют скорость поступления смеси в желудок с помощью винтового зажима. Когда флакон опустеет, зажимами перекрывают зонд и систему капельного введения, а систему отсоединяют. Завершают процедуру кормления вышеописанными манипуляциями.

Перед очередным кормлением необходимо убедиться, что зонд находится на прежнем месте: следует вновь ввести воздух и услышать звуки, характерные для прохождения его через жидкость. При кормлении больного преимущественно молочной пищей зонд промывают каждые 2 ч для предупреждения развития на его внутренних стенках патогенной микрофлоры.

К сожалению, не всегда есть возможность использовать для зондового кормления одноразовый зонд. При отсутствии по каким-либо причинам одноразовых пользуются зондами многократного применения. В таких случаях резиновый зонд замачивают в дезрастворе с экспозицией, соответствующей инструкции. Можно, например, применить препарат Гексадекон. Выдержав положенное время, зонд промывают несколько раз шприцем в этом же растворе до чистых промывных вод, чтобы удалить остатки пищи. Затем промывают водой из-под крана. После этого, завернув в пелёнку, укладывают в бикс, делают пометку «Резина» и стерилизуют горячим паром щадящим методом при 132 °С в течение 20 мин.

Кормление пациента через гастростому осуществляется в следующем порядке. Чистыми руками подготавливают питательную смесь, назначенную врачом. Объяснив пациенту суть предстоящей процедуры, ещё раз моют руки. К наружному концу зонда гастростомы присоединяют воронку или шприц Жане. Небольшими порциями, придерживаясь естественной скорости приёма пищи, вводят питательную смесь в желудок. Закончив кормление, промывают зонд небольшим количеством воды, после чего отсоединяют воронку. Дистальный конец зонда пережимают зажимом и закрепляют на одежде пациента. Убедившись, что больной чувствует себя комфортно, убирают всё лишнее и моют руки.

Парентеральное питание

Парентеральное питание применяют в тех случаях, когда невозможно иным образом обеспечить поступление в организм необходимого количества питательных веществ в адекватной пропорции и с должной скоростью. Как правило, его назначают перед большой полостной операцией, а также после неё. Помимо этого, показаниями для парентерального питания являются: отказ от приёма пищи при анорексии, значительные нарушения процессов пищеварения в кишечнике при целиакии, холере, дизен-

терии и при неукротимой рвоте. Кроме того, парентеральное питание показано также при лечении больных с обширными ожогами, тяжёлой кровопотерей, сепсисом.

Для этой цели созданы специальные препараты, которые вводят капельно внутривенно. Современные системы для внутривенного вливания позволяют одновременно вводить подогретые до 37–38 °С белковые, жировые и углеводные растворы из 3 флаконов. Техника венепункции и постановки системы для внутривенного капельного вливания такая же, как и при внутривенном введении лекарственных препаратов, и отражена в соответствующих методических рекомендациях, подготовленных кафедрой.

Неотложная помощь при рвоте

Для помощи больному понадобятся: тазик или ведро; клеёнка, полотенце или большая салфетка из ткани; тёплая вода для полоскания рта.

Если у пациента есть съёмные зубные протезы, их обязательно вынимают. Больного удобно усаживают на стул, закрывают грудь клеёнкой или полотенцем. Ноги просят раздвинуть и ставят на пол между ними тазик или ведро, после чего просят наклонить голову вперёд и придерживают её рукой до полного опорожнения желудка. Когда рвота прекратится, дают немного воды для полоскания рта. Затем следует уложить больного в постель и некоторое время понаблюдать за ним — убедиться, что рвота закончилась.

Иногда рвота у больного появляется в постели — например, когда он слаб или находится в бессознательном состоянии. В таких случаях следует обязательно повернуть на бок лежащего или хотя бы его голову. Голову следует несколько опустить вниз. Эти приёмы помогают предотвратить аспирацию рвотными массами, чреватую тяжёлыми осложнениями вплоть до летального исхода. Под лицо кладут клеёнку, покрытую полотенцем или сложенной вчетверо пелёнкой. После окончания приступов рвоты осуществляют уход за полостью рта — аккуратно промывают её струёй жидкости, используют небольшой резиновый баллон, наполненный водой либо 3%-ным раствором гидрокарбоната натрия. Для обработки полости рта можно также использовать 2%-ный раствор борной кислоты. Возможно обработать ротовую полость смоченным водой ватным или марлевым тампоном, прочно закреплённым на шпатель или пинцете.

Промывание желудка

Промывание желудка применяется в тех случаях, когда требуется удалить из него с лечебной или диагностической целью принятую пищу (в том числе недоброкачественную), некоторые яды, слизь. При этом используется принцип сообщающихся сосудов. Противопоказаниями являются судороги, непроходимость пищевода, тяжёлое желудочное кровотечение.

Для процедуры готовят: толстый желудочный зонд длиной 1–1,5 м с воронкообразно расширенным верхним концом (либо стандартный одноразовый); стеклянную воронку ёмкостью около 1 л и просветом трубчатой части не менее 8 мм (либо шприц Жане); ёмкость с водой комнатной температуры или лекарственным веществом (2%-ным раствором натрия гидрокарбоната, светлым раствором перманганата калия); клеёнчатый фартук для больного; ведро или таз для слива промывных вод; жёсткий стул с прямой спинкой.

Если больной может сидеть, то ему предлагают сесть на стул, плотно прислонившись к спинке стула и наклонив голову вперёд. Больной разводит колени, чтобы между ног ему можно было поставить таз или ведро. Перед процедурой промывания проводящий её медработник моет руки. При наличии съёмных зубных протезов их вынимают. Грудь пациента закрывают клеёнчатым фартуком или простыней и предупреждают, что введение зонда может вызвать тошноту и даже позывы на рвоту, но сама процедура эта безболезненна и безопасна. Для облегчения позывов на рвоту больному следует делать глотательные движения во время продвижения зонда по пищеводу и глубоко дышать через нос. Пациенту объясняют также, что он не должен сдавливать просвет зонда зубами или пытаться выдернуть его.

Зонд смачивают водой. Больного просят широко раскрыть рот, сказать «а» и глубоко дышать носом. Медработник становится справа от сидящего и быстрым движением вводит зонд за корень языка, после чего больной закрывает рот и делает несколько глотательных движений, в то время как медсестра проталкивает зонд по пищеводу. Если зонд выскочил или свернулся, его извлекают и, успокоив больного, вводят снова. Признаком попадания зонда в гортань является появление у больного кашля, он начинает задыхаться, синеть и терять голос. В таких случаях зонд следует немедленно извлечь и ввести снова. Зонд вводят на длину, равную расстоянию от пупка до резцов больного плюс 5–10 см. Это обычно составляет 50–60 см. Метку на зонде ставят заранее непосредственно перед введением, используя бриллиантовый зелёный.

После введения к зонду присоединяют воронку. Её опускают на уровень колен больного и, слегка наклонив, чтобы в желудок не попал воздух, начинают наливать в неё подготовленный раствор, при этом постепенно поднимают воронку выше уровня рта. Жидкость проходит через зонд быстро, и в желудок может насосаться воздух, что нежелательно. По-

этому следят, чтобы в устье воронки оставалось некоторое количество раствора, после чего её сразу опускают до уровня колен больного и так удерживают, пока она наполняется содержимым желудка. Затем её опрокидывают над тазом или ведром. Как только жидкость перестаёт вытекать из воронки, её вновь наполняют раствором и повторяют процедуру до тех пор, пока промывные воды, поступающие из желудка, не будут чистыми. Обычно для этого требуется 8–10 л воды.

Ослабленным больным промывание желудка проводят в постели. При этом лежащего поворачивают на бок к краю кровати, голову укладывают низко и поворачивают набок, чтобы промывная жидкость не затекла в гортань. Далее проводят процедуру введения зонда и непосредственного промывания желудка так, как было описано.

Иногда приходится осуществлять промывание желудка в домашних условиях, когда необходимые принадлежности отсутствуют. В таких случаях усадив больного на стул, как это было описано выше, дают ему выпить 1–2 л тёплого раствора пищевой соды. При появлении тошноты или позыва на рвоту питьё жидкости временно приостанавливают и предлагают больному задержать дыхание или дышать носом, закрыв рот. Когда вся подготовленная жидкость выпита, раздражая корень языка, вызывают у больного рвоту. Можно повторить процедуру несколько раз. Однако полного удаления содержимого желудка при таком способе, как правило, не происходит. Поэтому его применяют только в тех случаях, когда невозможно промыть желудок должным образом.

Если промывание желудка осуществлялось по поводу пищевого отравления через несколько часов после еды, и часть её уже поступила в кишечник, то, заканчивая процедуру, следует ввести через зонд раствор солевого слабительного (60 мл 25%-ного раствора сульфата магния).

Неотложная доврачебная помощь при желудочно-кишечном кровотечении

Чаще всего обильное кровотечение из желудка или двенадцатиперстной кишки является проявлением осложнения язвы этих отделов желудочно-кишечного тракта. Типичными клиническими признаками являются рвота в виде «кофейной гущи» или сгустками крови, мелена, изменение параметров гемодинамики в виде падения артериального давления (АД) и нарастания частоты сердечных сокращений (ЧСС).

Появление «кофейной гущи» обусловлено взаимодействием крови с соляной кислотой и образованием солянокислого гематина. Меленой или дёгтеобразным стулом называют липкий стул чёрного цвета. Этот симптом появляется при одномоментной кровопотере и прохождении через

кишечник не менее 200 мл крови. Это относительно поздний признак — он появляется в пределах от 6 до 24 ч после 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. Но и при менее выраженном кровотечении обнаруживаются внезапная слабость, обмороки, частый пульс слабого наполнения. Больного следует также расспросить с целью выявления жалоб, указывающих на наличие анемического синдрома в прошедшие дни: возможно, имело место предшествующее скрытое кровотечение малыми порциями крови. Возможно, больной будет жаловаться на боли в эпигастриальной области, при поверхностной пальпации в этой зоне будет выявляться резистентность или напряжение мышц передней брюшной стенки, а также болезненность.

Больного с желудочным кровотечением следует уложить, подложив под ноги небольшой валик. Ему запрещают есть, пить, курить. На эпигастриальную область немедленно укладывают пузырь со льдом — широкогорлую ёмкость, заполненную на $\frac{3}{4}$ колотым льдом и закрытую завинчивающейся крышкой; пузырь перед наложением заворачивают в полотенце или вчетверо сложенную пелёнку. Удерживают холод периодами по 30 мин, делая 15-минутные перерывы. При необходимости растаявший лёд в ёмкости заменяют. В случае повторной рвоты оказывают соответствующую помощь, чтобы предупредить аспирацию.

Если помощь оказывается вне лечебного учреждения, то обеспечивают вызов бригады скорой медицинской помощи для дальнейшего оказания первой врачебной помощи и транспортировки в горизонтальном положении в специализированное учреждение.

Кишечное кровотечение может открываться при опухолях кишечника, ангиодисплазиях тонкой кишки, геморрое, кишечных инфекциях и других заболеваниях. Тяжёлое кишечное кровотечение в типичных случаях может проявляться кровянистым стулом и изменением параметров гемодинамики. Скрытое кишечное кровотечение проявляется железодефицитной анемией.

Кровянистым стулом называют поступление из прямой кишки крови алого или тёмно-бордового цвета. Это может быть чистая кровь, сгустки крови, кровь, покрывающая кал или смешанная с оформленным калом, а также кровянистая диарея.

Неотложная доврачебная помощь при тяжёлом кишечном кровотечении заключается в обеспечении больному покоя в горизонтальном положении с подачей пузыря со льдом, который укладывают на околопупочную область, если локализация источника кровотечения неизвестна. При наличии кровавой диареи больному подают подкладное судно, установив

его на клеёнку под ягодицы больного. Обеспечивают доставку больного с тяжёлым кишечным кровотечением в лечебное учреждение на каталке бригадой скорой медицинской помощи.

Техника введения газоотводной трубки

Газоотводная трубка применяется при выраженном метеоризме — вздутии живота, которое связано со скоплением большого количества газов в кишечнике. Последнее обычно является следствием повышенного газообразования в кишечнике; реже это связано с заглатыванием большого количества воздуха (аэрофагией). Аэрофагия бывает при некоторых психогенных расстройствах. Метеоризм усиливается при употреблении в пищу чёрного хлеба, молока, квашеной капусты.

Для процедуры необходимо подготовить: подкладное резиновое судно, пелёнку, шпатель, вазелин, газоотводную трубку. Следует предпочесть одноразовую газоотводную трубку. Она должна быть мягкой, эластичной, длиной 30–50 см и диаметром 3–5 мм; конец трубки, вводимый в кишечник, закруглён, другой — косо срезан.

Больного укладывают на левый бок. Раздвигают ягодицы. Вращательным движением медленно вводят газоотводную трубку в заднепроходное отверстие на 20–30 см. Если больного нельзя поворачивать, то он лежит на спине, слегка раздвинув и согнув в коленях ноги. Наружный конец трубки опускают в подкладное судно или во вчетверо сложенную пелёнку и оставляют в кишечнике до полного отхождения газов, но не более 2 ч. Последнее позволяет предупредить формирование пролежней стенки кишечника. После извлечения трубки окружность заднего прохода вытирают ватой. При необходимости применять газоотводную трубку можно несколько раз в течение суток.

В случае применения трубки многократного использования после процедуры её тщательно моют тёплой водой с мылом, протирают, выдерживают в 3%-ном растворе хлорамина 1 ч. Перед следующей процедурой трубку кипятят.

Подготовка больного к сдаче анализа кала на скрытую кровь

В тех случаях, когда предполагается наличие скрытого желудочно-кишечного кровотечения, иногда прибегают к исследованию кала на скрытую кровь. Скрытое желудочно-кишечное кровотечение не сопрово-

ждается вышеописанной клинической картиной острого кровотечения, при нем также отсутствуют явные признаки наличия в стуле крови. Проявлением же будет железодефицитная анемия.

Для выявления скрытого хронического кровотечения из желудочно-кишечного тракта в настоящее время используют иммунологическое исследование либо различные модификации теста с гваяколом. Тест с гваяколом, применяющийся в настоящее время в РБ по протоколам исследования, требует подготовки больного для исключения ложноположительного или ложноотрицательного результата.

Ложноположительную реакцию кала на скрытую кровь могут вызвать продукты питания, которые содержат псевдопероксидазу. Это красное мясо, сырые репа, брокколи, цветная капуста, редька, пастернак, мускусная дыня. Ложноотрицательные результаты теста можно получить на фоне приёма аскорбиновой кислоты, это также может быть связано с неправильным хранением диагностических карт, разрушением гемоглобина бактериями толстой кишки и отсутствием кровотечения в период выполнения анализа. Следует иметь в виду, что пероральный приём препаратов железа не приводит к ложноположительным результатам теста на скрытую кровь. Поэтому положительные результаты теста с гваяколом, проведенного на фоне поддерживающей терапии препаратами железа, следует расценить как подтверждение наличия желудочно-кишечного кровотечения.

В течение 3 дней перед выполнением анализа пациент не должен употреблять в пищу красное мясо и овощи, содержащие пероксидазу, принимать витамин С, аспирин и нестероидные противовоспалительные средства. Для исследования необходимо забирать по 2 пробы кала во время 3 последовательных актов дефекации. Для положительного результата теста на скрытую кровь достаточно 2 мл крови. Тест может показать положительный результат в некоторых случаях кровоточивости дёсен при чистке зубов, а также при носовых кровотечениях, если кровь заглатывается.

Задание для самостоятельной работы

После проведения теоретического опроса студентам демонстрируются навыки ухода за больными, проводимые медперсоналом лечебного учреждения. При наличии возможности студенты под наблюдением среднего медперсонала клинической больницы проводят мероприятия по уходу в соответствии с целями и задачами практического занятия. Имитация оказания неотложной помощи при рвоте, а также при желудочно-кишечном кровотечении осуществляется в учебном классе. При наличии соответствующих врачебных назначений студенты в присутствии медсестры проводят инструктаж больных для подготовки к сдаче анализа кала

на скрытую кровь. Преподаватель контролирует выполнение студентами практических навыков.

Тест-контроль

1. При кормлении больного в постели поднос с едой устанавливают:
 - а) на табуретку;
 - б) стул;
 - в) прикроватный столик;
 - г) соседнюю кровать;
 - д) каталку.
2. При кормлении тяжелобольного следует:
 - а) помочь ему дойти до столовой;
 - б) помочь ему сесть за стол в палате;
 - в) опустить голову больного низко;
 - г) придать положение полусидя;
 - д) обязательно опустить ноги к полу.
3. При естественном кормлении больного в постели используют:
 - а) поильник;
 - б) кружку Эсмарха;
 - в) чайник;
 - г) толстый желудочный зонд;
 - д) воронку.
4. При естественном кормлении больного в постели используют из названного:
 - а) шприц Жане;
 - б) ложку;
 - в) дуоденальный зонд;
 - г) тонкий желудочный зонд;
 - д) толстый желудочный зонд.
5. При кормлении тяжелобольного в постели для придания ему возвышенного положения не применяют:
 - а) подкладывание под спину нескольких подушек;
 - б) регулирование головного конца кровати;
 - в) поддержку больного левой рукой кормящего;
 - г) активные передвижения больного;
 - д) поддержку больного помощником кормящего.
6. К признакам расстройства глотания при кормлении больных с поражением ЦНС не относят:
 - а) слюнотечение;
 - б) появление смазанной речи;

- в) кашель;
- г) срыгивание;
- д) желудочную диспепсию.

7. К признакам расстройства глотания при кормлении больных с поражением ЦНС не относят:

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

8. Показанием для естественного кормления тяжелобольного является:

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

9. 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.

10. При искусственном кормлении через зонд его вводят, рассчитывая глубину введения по формуле: рост больного в см минус:

- а) 10;
- б) 80;
- в) 64;
- г) 25;
- д) 100;

11. При искусственном кормлении тяжелобольного предпочтительно положение больного:

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

12. Для того, чтобы убедиться, что при проведении искусственного кормления через зонд он находится в желудке, применяют:

- а) рентгеноскопию;
- б) аускультацию при введении воздуха в желудок;
- в) рентгенографию;

- г) перкуссию;
- д) ультразвуковой контроль.

Ответы

1 — в; 2 — г; 3 — а; 4 — б; 5 — г; 6 — д; 7 — а; 8 — б; 9 — б;
10 — д; 11 — г; 12 — б.

Литература

Основная

Заликина, Л. С. Уход за больными : учебник / Л. С. Заликина. М. : Медицинское информационное агентство, 2008. 201 с.

Дополнительная

Чернова, О. В. Уход за онкологическими больными / О. В. Чернова. Ростов н/Д : Феникс, 2002. 224 с. (Медицина для вас).

Оглавление

Мотивационная характеристика темы.....	3
Кормление тяжелобольного в постели.....	4
Искусственное кормление через зонд или гастростому.....	6
Парентеральное питание.....	9
Неотложная помощь при рвоте.....	10
Промывание желудка.....	10
Неотложная доврачебная помощь при желудочно-кишечном кровотечении.....	12
Техника введения газоотводной трубки.....	14
Подготовка больного к сдаче анализа кала на скрытую кровь.....	14
Задание для самостоятельной работы.....	15
Тест-контроль.....	15
Литература.....	18

Учебное издание

Переверзева Елена Вячеславовна
Мельничук Всеволод Илларионович

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ.
НАБЛЮДЕНИЕ И ГИГИЕНИЧЕСКИЙ УХОД
ЗА БОЛЬНЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск В. П. Царёв
Редактор Н. В. Оношко
Компьютерная вёрстка В. С. Римошевского

Подписано в печать 27.01.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16 Уч.-изд. л. 0,9. Тираж 50 экз. Заказ 289.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.