**Лекция №4**   предмет» медсестринство в семейной медицине»

 **ТЕМА: Амбулаторная помощь при заболеваниях жкт**

**План:**

**1.Прием  амбулаторного  пациента разного возраста, м/с  осмотр, заполнение амб .карты, б/л, стат. талона, дача направлений на обследования**

**2.Ведение пациента на домашнем стационаре.**

**3. Диспансеризация**

**4.Консультирование, профилактика**

Самой распространенной проблемой в процессе лечения гастроэнтерологических заболеваний является позднее обращение пациентов к врачу. Как правило, на первых стадиях развития патологий пациенты занимаются самолечением, временно устраняя симптомы, и тем самым еще больше усугубляют ситуацию.    СМ рекомендует обращаться за квалифицированной медицинской помощью при первых признаках недомогания — в таком случае есть возможность предотвратить развитие заболевания на ранних стадиях без осложнений и негативных последствий для организма.

На приеме могут быть обращения пациентов с эзофагитом, гастритом. чаще в стадии обострения, Язвенная болезнь   Хронический гастрит    Хронический панкреатит   Обтурационная (механическая) желтуха

 Функциональные гипербилирубинемии  .Паренхиматозные желтухи

.Желтухи при вирусных поражениях печени  .Желтухи при хронических поражениях печени  .Циррозы печени

 Алкогольные поражения печени

Хронический бескаменный холецистит

Хронический колит и  энтерит

Встречаемая патология ЖКТ делится  в зависимости от проявлений, на часто встречаемую и при активных посещениях на дому, угрожающих жизни и требующих госпитализации: кровотечения из вен пищевода и  желудка,печеночые энцефвлопатии,о.панкреатит,жкколика,о.геморрой,анальная трещина.прободная язва,отравления,о.диарея,о.аппедицит.о.панкреатит и холецистит,кишечная непрохдимость,ущемленная грыжа. Тактика- оказание помощи в пределах м/с компетенции и госпитализация . После стацлечения эти пациенты берутся на «Д» учет ,составляется и реализуется  план восстановления здоровья-1,2,3 профилактика. Актуальность темы обусловлена:

 высокой частотой заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей и подростков, взрослых в  общей заболеваемости  населения;

 разнообразием клинико-морфологических форм патологии желудочно-кишечного

тракта, сочетанный характер патологии, изменением структуры ведущих нозологических  форм на современном этапе;

 изменением   представлений    гастроэнтерологических заболеваний и изменением принципов реабилитации в настоящее время, использованием разнонаправленных реабилитационных методов;

 важностью профилактики и своевременной диагностики с целью раннего назначения  оздоровительных и реабилитационных мероприятий;

 необходимостью получения стойкой ремиссии  и профилактики прогрессирования заболевания, развития осложнений.

 В общей практике постоянно возникают вопросы о том, что ожидает пациента. Семейный врач и пациент хотят знать, что может произойти, в какие сроки наступит выздоровление (или смерть), насколько можно изменить течение болезни, какие возможны осложнения и в какие сроки они могут произойти. Семейных врачей, в отличие от врачей-клиницистов, больше интересует зависимость заболеваемости (вероятность развития заболеваний) среди членов семьи. Любого человека интересует не только перспектива развития болезни, которой страдает он или его родственник, но и перспектива возникновения нового заболевания. Не всегда пациент пытается задать вопрос о  п р о г н о з е , если он опасается его услышать, да и семейному врачу не всегда легко говорить о плохом прогнозе. Поэтому семейные врачи в отдельных случаях не озвучивают прогноз, хотя они не имеют право о нем не знать. Прогноз – более важная часть знания о заболевании, которым владеет семейный врач. Доказательная медицина позволяет решать проблемы прогноза на надежной, методически жесткой основе.

 **Типичными симптомами гастроэнтерологических заболеваний являются**:

\*появление периодических болей в боку, области живота или грудной клетки; ощущение тяжести в желудке, отсутствие аппетита;

* регулярное появление изжоги, отрыжки, икоты, вздутия живота;
* наличие горького привкуса во рту, неприятный запах изо рта;
* тошнота и рвота;
* нарушения стула;
* стремительные изменения в весе (похудение или набор массы);
* высыпания на коже;
* выделения или наличие крови в стуле.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОЭНТОРОЛОГИЧЕСКИХ ПАТОЛОГИЙНа первичной консультации  проводится сбор анамнеза и тщательно осматривание пациента. Для точной постановки диагноза  назначается дополнительная диагностика в виде УЗИ, эндоскопических исследований и сдачи лабораторных анализов. После подтверждения диагноза пациенту назначается курс лечения, а также рекомендации по диетическому питанию на период прохождения курса.  При подозрениях на осложнения, важно пройти комплексное лечение, которое дает более эффективные результаты и предотвращает развитие хронических форм заболеваний**

Диагностика гастроэнтерологических заболеваний  включает комплексное обследование с применением новейшего медицинского оборудования:

* УЗИ органов брюшной полости, кишечника и органов малого таза;
* эндоскопические исследования органов пищеварительной системы;
* лабораторные исследования ряда показателей (общеклинических, биохимических, иммунологических, бактериологических и др.);
* рентген, МРТ и компьютерная томография органов пищеварения и др.

По результатам комплексного обследования  с.врач определяет диагноз и назначает курс лечения с учетом индивидуальных особенностей пациенты могут успешно пройти курс лечения при таких заболеваниях:

* гастрите;
* дуодените;
* желчнокаменной болезни;
* запорах;
* колитах;
* панкреатитах;
* функциональной диспепсии;
* холецистите;
* эзофагите;
* язвах желудка или двенадцатиперстной кишки;
* дискинезии желчевыводящих путей;
* болезнях печени (гепатите, жировой болезни);
* заболеваниях кишечника;
* расстройствах стула..Синдром раздраженного кишечника

.Основные жалобы больных с заболеваниями пищевода

Дисфагия (нарушение прохождения пищи по пищеводу)  проявляетсязатруднениями при проглатывании пищи, болями при прохождении пищи

Причиной, вызывающей дисфагию, может быть органическое или функциональное сужение пищевода.

Органическое сужение развивается постепенно, прогрессируя при раке,

рубцовых стенозах пищевода. Вначале затруднено прохождение твердой, затем

мягкой и, наконец, жидкой пищи.

Функциональное сужение пищевода обусловливается рефлекторным спазмом

его мускулатуры вследствие нарушения иннервации пищевода или при неврозах. В

органической патологии  функциональная дисфагия чаще возникает приступообразно. Иногда твердая пища проходит лучше, чем жидкая.

Боли наблюдаются при воспалении слизистой оболочки пищевода (эзофагите),

ожогах и др. При поражении пищевода боль отмечается за грудиной, связана с актом глотания, может иррадиировать в левую половину грудной клетки, в спину, межлопаточное пространство, в шею, нередко напоминая стенокардию.

Пищеводная рвота наблюдается при значительном сужении пищевода. От

желудочной рвоты отличается тем, что наступает без предшествующей тошноты.

Рвотные массы состоят из непереваренной, неизмененной пищи, не содержат ни

соляной кислоты, ни пепсина.

Срыгивание – возвращение части принятой пищи обратно в полость рта из-за

невозможности полного прохождения пищи через суженное место в пищеводе.

Иногда бывает у лиц, страдающих неврозами.

2.Основные жалобы больных с заболеваниями желудка,

12-ти перстной кишки

Наиболее часто встречаются: желудочная диспепсия и болевой синдром в

эпигастральной области, связанный с приемом пищи.

Диспепсические

жалобы

(диспепсия –расстройство пищеварения): нарушение аппетита, извращение вкуса, отрыжка, изжога, тошнота, рвота.

1

**Нарушение аппетита: повышение** (полифагия, а очень сильный, «волчий»

аппетит называют булимией), снижение (вплоть до полной его потери – анорексии),

извращение. От потери аппетита следует отличать воздержание от приема пищи из-

за боязни возникновения болей (при язвенной болезни желудка). Извращение

аппетита – пристрастие к несъедобным вещам (мел, керосин и др.) или отвращение к

съедобным (например, у больных раком желудка может возникнуть отвращение к

мясной пище).

**Извращение вкуса сводится** к неприятному вкусу во рту и притуплению

вкусовых ощущений. Часто это связано с патологическими процессами в полости

рта (кариозные зубы и др.) и обложенностью языка.

Под отрыжкой понимают внезапное и иногда звучное выхождение через рот

воздуха, скопившегося в желудке или пищеводе, – отрыжка воздухом; а также

поступление в рот небольшой части желудочного содержимого обычно вместе с

воздушной отрыжкой – отрыжка пищей.

Отрыжка – внезапное, иногда звучное выхождение газов из желудка. Отрыжка

«воздухом» – признак заглатывания воздуха, особенно при торопливой еде

(аэрофагия). Отрыжка «тухлым яйцом» отмечается при длительной задержке и

гниении пищи в желудке вследствие стеноза привратника при язвенной болезни,

раке пилорического отдела желудка. Отрыжка, срыгивание кислым встречается при

гиперацидных гастритах, язвенной болезни желудка. Горькая отрыжка появляется

при забрасывании желчи в желудок из 12-перстной кишки.

Изжога – ощущение жжения в эпигастральной области и за грудной.

Возникает в связи с забрасыванием содержимого желудка (среда кислая) в пищевод

(среда щелочная) и свидетельствует о нарушении моторики желудка. Наблюдается

при любом типе секреции, но чаще при повышенной кислотности.

Тошнота – рефлекторный акт, связанный с раздражением блуждающего нерва,

проявляющийся тягостным ощущением неминуемой рвоты. Нередко тошнота

сопровождается побледнением кожи, общей слабостью, потоотделением,

головокружением, снижением артериального давления, саливацией, похолоданием

конечностей. Тошнота часто предшествует рвоте, но может быть и без нее, является

симптомом гастритов, рака желудка и др.

Рвота – сложный рефлекторный акт, во время которого происходит

непроизвольное выбрасывание содержимого желудка через пищевод, глотку, рот, а

иногда и нос. Рвота является частым, но малоспецифическим симптомом многих

заболеваний и состояний.

По механизму развития различают рвоту центральную (при раздражении рвотного центра) и периферическую (рефлекторную при раздражении рецепторов внутренних органов: желудка, 12-перстной кишки, ЖВП, лабиринта среднего уха, брюшины и др.). Центральная рвота появляется вследствие раздражения рвотного центра токсинами экзогенными (морфин и др.) и эндогенными (уремия, ацидоз и др.), механическим путем (повышение внутричерепного давления, гипертонический криз, инсульт) и сопровождается головокружением, головной болью, не приносит

облегчения. При наличии рвоты выясняют время ее наступления, связь с приемом пищи,

болевыми ощущениями, количество и характер рвотных масс, примеси к ним.

Рвота, возникающая утром натощак с выделением большого количества слизи, характерна для хронического гастрита.

У больных, страдающих язвенной болезнью, рвота возникает на высоте болей, имеет кислый характер. После такой рвоты боль, как правило, уменьшается.

Обильная рвота пищей, съеденной накануне, содержащей непереваримую клетчатку, обильная, приносящая облегчение больным, характерна для стеноза привратника.

Из примесей, встречающихся в рвотных массах, диагностическое значение имеет кровь, слизь в большом количестве, желчь, фекальные массы (при каловом свище между желудком и поперечной ободочной кишкой).

 Запоры и поносы чаще являются симптомами поражения кишечника и поджелудочной железы, чем желудка, хотя обострению язвенной болезни и

хроническому гастриту типа В часто сопутствуют рефлекторные запоры, а гастритутипа А –поносы.

 Боль

Подложечная область – «место встречи всех болей». Боли здесь могут быть обусловлены заболеваниями не только желудка, но и поджелудочной железы, иррадиацией из области сердца, при поражении диафрагмальной плевры и др. Боль является одним из немногих симптомов, к которым сам больной относится серьезно.

Причины болей в животе:

− Структурные повреждения органов (воспаление, язвы, опухоли).

− Спазм мускулатуры полых органов (спастические или тензионные боли) или растяжение их (дистензионные боли).

− Нарушение кровообращения в органах (спазм сосудов, атеросклероз,

тромбозы, застой).

− «Отражение» болей в живот при заболеваниях других органов (рефлекторные боли).

Одним из наиболее характерных признаков болевого синдрома при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки является его отчетливая связь с приемом пищи. В зависимости от времени появления болей после приема пищи их разделяют на:

1 Ранние:

− через 10-15 мин после приема пищи (при поражении кардиального отдела и дна желудка),

− через 30-40 мин (при поражении тела желудка).

2 Поздние – через 2 часа после еды, «ночные» и «голодные» (при поражении Антрального и

Пилорического отделов желудка, 12-перстной кишки).

«Голодные» боли появляются через 6-7 ч после еды и исчезают после приема

пищи. Ночные боли возникают в период с 11 ч вечера и до 3 ч утра, близки по своему происхождению к «голодным» болям и также проходят обычно после приема небольшого количества пищи (сухарей, сахара, молока) или даже нескольких глотков воды.

Часто боли бывают связаны и с характером принимаемой пищи, усиливаясь

(например, при язвенной болезни, хроническом гастрите) после приема острой,

грубой пищи, алкогольных напитков и др., при этом диетические продукты не

вызывают болевых ощущений.

Важно отметить, что при развитии некоторых осложнений может исчезать

прежняя связь болей с приемом пищи.

Помимо выявления связи с приемом пищи необходимо дать характеристику

болевому синдрому:

1) Локализация боли (попросить больного указать рукой).

2) Иррадиация: чаще всего в XI – XII грудные позвонки, подреберья.

3) Характер – колющие, ноющие, сосущие, сверлящие, жгучие и др.

4) Периодичность или постоянство боли:

− постоянные боли (например, при раке желудка, пенетрации язвы)

длятся сутками, днями, усиливаясь или ослабляясь, при этом может

обнаруживаться связь с изменениями положения, физической нагрузкой;

− периодические боли могут появляться и полностью стихать несколько раз в течение суток. Боли могут появляться в определенное время суток ежедневно (стереотипность боли), в определенное время года (сезонность боли), что характерно для язвенной болезни.

5) Интенсивность.

Умеренные боли характерны для большинства терапевтических заболеваний. Давние, временами усиливающиеся боли, известныебольному, менее тревожны и свойственны хроническим заболеваниям. Сильные боли могут возникать при остром гастрите, обострении язвенной болезни,

пенетрации язвы. Острое, неожиданное появление интенсивных «кинжальных» болей должно наводить на мысль о прободении язвы, клинической картине «острого живота».

6) Факторы, провоцирующие и купирующие боль: необходимо уточнить,

Уменьшается ли боль после приема пищи, соды, антисекреторных и спазмолитических препаратов, применения тепла, определенного вынужденного положения и т.д. Больные с обострением язвенной болезни, например, лучше чувствуют себя, как правило, в горизонтальном положении. При локализации язвы на задней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки больные принимают иногда вынужденное положение: на животе, на боку, с подтянутыми к животу согнутыми ногами или, согнувшись, обхватив живот руками. На пике болей кислая рвота, в том числе и искусственно вызванная больным, приносит облегчение.

Для хронического гастрита характерна длительная тупая боль в

эпигастральной области (пациенты показывают место локализации боли ладонью),

возникающая после погрешностей в пище.

При язвенной болезни желудка или 12-ти перстной кишки боли отличаются

периодичностью, сезонностью (чаще весной или осенью), зависят от приема пищи.

При язвах антрального, пилорического отделов желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки боли «поздние», часто «ночные» и «голодные». Как правило, боли имеют точечный характер, локализуются в эпигастральной области, иррадиируют в спину, XI – XII грудные позвонки, в правое подреберье. По  характеру боли режущие, коликообразные, тупые. Возникают после голодания,

нагрузки, алкоголя, курения. Купируются приемом пищи, кислой рвотой, вынужденным положением больного, приемом антацидов, спазмолитиков, тепла.

При язве желудка (дна, тела) боли ранние (поэтому в данном случае пища –

фактор, провоцирующий боль), локализуются в эпигастральной области,

иррадиируют в левое подреберье, реже в спину. В остальном боли сходны с болями

при язвенной болезни антрума, привратника и 12-перстной кишки.

При объективном исследовании язык обложен белым налетом, диффузная

(при гастритах) или локальная болезненность в эпигастрии при пальпации. Может

обнаруживаться локальная перкуторная болезненность в этой же области (симптом

Менделя).

.Основные жалобы больных с заболеваниями кишечника

Боли при заболеваниях кишечника отличаются от желудочных отсутствием строгой зависимости от времени приема пищи. Боли перед дефекацией связаны чаще с поражением нисходящей или сигмовидной кишок, а боли во время дефекации – с заболеваниями прямой кишки (геморроем, трещинами, раком). Кишечные боли обычно уменьшаются после отхождения газов.

Локализация:

- левая подвздошная область – поражение сигмовидной кишки;

- правая подвздошная область – поражение слепой кишки, аппендикса;

- околопупочная область – заболевания тонкого кишечника (энтерит),

сосудов брыжейки, брюшной аорты;

- боли в промежности – заболевания прямой кишки;

- надлобковая область – заболевания мочеполовых органов;

- «разлитые боли» (по всему животу) возникают при перитоните, кишечной

непроходимости, разрывах внутренних органов, а также при метеоризме, асците.

Иррадиировать боли могут в грудную клетку, в крестцовую область.

Синдром нарушения двигательной функции (моторики) кишечника:

1 Метеоризм – ощущение пучения, вздутия, тягостного распирания живота.

2 Урчание в животе.

3 Тенезмы (прямокишечная колика) ложные позывы на дефекацию.

Проявляются тенезмы частыми и болезненными позывами на низ с чувством

судорожного сокращения кишки и сфинктера. Дефекации не происходит,

иногда выделяются комочки слизи. Бывают при воспалительных или язвенных

заболеваниях, злокачественных новообразованиях прямой кишки.

4 Расстройства стула:

•Понос (диарея) – частое или однократное опорожнение кишечника с

выделением жидких каловых масс (как кашица или водянистые).

•Запор – длительная (более 48 ч) задержка кала в кишечнике, уменьшение

объема кала (менее 100 г в сутки) и (или) отсутствие чувства полного опорожнения.

 Факторы риска развития заболеваний органов пищеварения

1 Перенесенные заболевания желудка, кишечника, желчного пузыря, пищевые

отравления, перенесенные на органах ЖКТ операции, ожоги пищевода, вирусный гепатит, хронические инфекции и интоксикации и др.

2 Состояние жевательного аппарата.

3 Болезни других органов, т.к. медикаменты, принимаемые при них могут оказывать

Неблагоприятное действие на слизистую оболочку желудка

(противовоспалительные, болеутоляющие, глюкокортикоиды, цитостатики и

др.), а также оказывать гепатотоксическое действие (противотуберкулезные

средства, некоторые антибиотики).

4 Неблагоприятная психологическая обстановка дома и на работе.

5 Профессиональные вредности: работа с радиоактивными

веществами: свинцом, ртутью, фосфором. Частое общение с животными, в том числе с домашними

(кошки,собаки),способствует глистной инвазии. Частые командировки. Работа в условиях, при которых часто подавляются позывы на дефекацию.

6 Недостаточная физическая активность может способствовать глистной инвазии.

7 Нерегулярное, несбалансированное питание, еда в сухомятку, наспех, пристрастие к жареной, острой, горячей пище, а также мучной и жирной.

8 Неблагоприятная наследственность, особенно По онкологическим заболеваниям, язвенной болезни.

9 Вредные привычки: злоупотребление крепкими спиртными напитками приводит к развитию гастрита, панкреатита, гепатита и цирроза печени, а курение способствует обострению заболеваний.

10 Аллергические реакции больного, переносимость продуктов питания.

Дисфункция гепатобилиарного тракта

 расстройство тонуса и моторики желчного пузыря и/или желчных протоков с нарушением оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.

 Заболевание встречается во всех возрастных группах, проявляется чаще всего в дошкольном возрасте, прогрессирует в раннем школьном возрасте и может приводить к развитию хронической патологии.

  Основные пути оздоровления на поликлиническом этапе

1 Диета N 5 в течение 6 мес. с последующим ее расширением.

2 При гипертоническом и гипокинетическом типе дискинезии:

- желчегонные по 10-14 дней в течение 3 месяцев;

- тюбажи с сорбитом, ксилитом 1 раз в неделю N 4-5, курсы - 2 раза в год;

- электрофорез магния на область правого подреберья N10-12 1 раз в год;

- вит. В1, В2, В6 в возрастных дозах в течение 2 нед., курсы - 2 раза в год;

- ЛФК.

3 При гипертоническом и гиперкинетическом типе дискинезии:

- желчегонный чай по 2 нед. ежемесячно в течение 6 мес.;

- седативные препараты в течение 2 нед., курсы - 2 раза в год;

- тепловыефизиопроцедуры N10-12 2 раза в год.

4 Санаторно-курортное лечение.

Дискинезия желчевыводящих путей (дисфункция билиарного тракта - ДЖВП) - это

Функциональное расстройство, проявляющееся нарушением двигательной функции

желчного пузыря, желчевыводящих путей и деятельности сфинктеров билиарной системы,

Оздоровительные мероприятия планируются согласно условной группы диспансерного

наблюдения, в зависимости от стадии течения заболевания и с учетом типа ДЖВП.

**Общие принципы диспансерного наблюдения**

Основным принципом диспансеризации  с заболеваниями органов

пищеварения является длительное наблюдение в условиях поликлиники

1 Условное распределение по группам.

2 Наблюдение осуществляется совместно     с гастроэнтерологом.

3 Основной метод не медикаментозной коррекции - диета.

4 Бальнеотерапия – прием минеральной воды (курс 30-45 дней, 2-3 курса в год).

5 Санаторно-курортное лечение показано  с патологией органов пищеварения не

ранее, чем через 3-6 месяцев после обострения заболевания.

6 При стойкой длительной клинико-лабораторной ремиссии через 3 года

наблюдения (за исключением НЯК, ЯБ, ХАГ) можно поставить вопрос о снятии с

диспансерного учета, при ДЖВП - через 2 года. При положительном решении данного

вопроса ребенок остается во II группе здоровья, т.к. продолжает входить в группу риска.

Наибольший эффект обеспечивает групповая система диспансеризации детей с

Заболеваниями органов пищеварения, основным достоинством которой  является

Возможность проведения дифференцированного, индивидуального контрольно

-диагностического и лечебного комплекса в зависимости от тяжести и стадии развития

патологического процесса.

В зависимости от названных критериев выделены группы диспансерного учета:

• Четвертая группа учета (IV) - стадия обострения заболевания. Время наблюдения

за больными в данной группе ограничивается наличием клинико-морфо-функциональных

признаков обострения заболевания (длительностью стационарного или амбулаторно-

поликлинического лечения обострения).

• Третья группа учета (III) - стадия реконвалесценции (неполной клинико-

лабораторной ремиссии). Характеризуется неполным восстановлением клинико-морфо-

функциональных показателей, приспособительных реакций организма на фоне лечения с

дальнейшей их положительной динамикой. Минимальный срок наблюдения в данной группе

составляет один год.

• Вторая группа учета (II) - стадия ремиссии. Клинико-лабораторные признаки

заболевания отсутствуют в течение одного-двух лет. Минимальный срок наблюдения в

данной группе составляет один год.

• Первая группа учета (I) - стадия стойкой ремиссии. В этой группе наблюдаются

дети, у которых клинико-лабораторные признаки заболевания отсутствуют в течение еще

одного-двух лет. Срок наблюдения - до достижения выздоровления

Диспансерному наблюдению подлежат пациенты с патологией органов пищеварения:

 Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки ;

 Хронически гастрит и гастродуоденит ;

 Хронический колит, энтероколит (язвенный колит ;

Хронический неинфекционный колит ; болезнь Крона ;

 Дисфункция билиарного тракта;

 Хронический холецистит, желчнокаменная болезнь ;

 Хронический гепатит (хронический вирусный гепатит ; врожденный гепатит

 Хронический панкреати);

**Подготовиться к 3 практическому занятию, ответив на следующие контрольные вопросы:Знать:**

1. Какая особенность работы бригады семейной медицины с гастроэнтерологическими пациентами?-перечислить
2. Какая наиболее встречаемая патология ЖКТ на приеме?- указать
3. Какой контингент  чаще всего страдает? Почему?

**Уметь:1.Выявить проблемы пациента.2.Осмотреть в пределах м/с квалификации3.Работать с меддокументацией и этапами диспансеризации**

**Тесты для оценки достигнутого уровня знаний**

 1. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА ПАЦИЕНТА

1) одиночество 2) риск суицидальной попытки

 3) беспокойство по поводу потери работы 4) нарушение сна

2. ЦЕЛЬ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

 1) диагностика и лечение заболевания

2) обеспечение приемлемого качества жизни в период болезни    3) решение в опроса об очередности мероприятий ухода   4) активное сотрудничество с пациентом

3. К ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОТРЕБНОСТИ, СОГЛАСНО ИЕРАРХИИ А.МАСЛОУ, ОТНОСИТСЯ 1) уважение 2) знание 3) дыхание 4) общение 4. СТРАХ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОБЛЕМОЙ 1) психологической 2) физической 3) социальной 4) духовной

 5. ПОНЯТИЕ ЖИЗНЕННО ВАЖНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА ОЗНАЧАЕТ 1) способность функционировать независимо 2) дефицит того, что существенно для здоровья и благополучия человека 3) любое осознанное желание 4) потребность человека в самоактуализации

6. КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА 1) два 2) три 3) семь 4) пять 7. ВТОРОЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ВКЛЮЧАЕТ 1) планирование объема сестринских вмешательств 2) выявление проблем пациента 3) сбор информации о пациенте 4) определение целей сестринского ухода

8. СЛОВО "ДИАГНОЗИЗ" В ПЕРЕВОДЕ С ГРЕЧЕСКОГО ЯЗЫКА ОЗНАЧАЕТ 1) болезнь 2) признак 20 3) состояние 4) распознавание

9. СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ (ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА) 1) недержание мочи 2) ангина 3) цианоз 4) асфиксия

10. ПРОБЛЕМА ЗАДЕРЖКА СТУЛА 1) второстепенная 2) потенциальная 3) эмоциональная 4) настоящая

11. СОЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА 1) сон 2) жажда 3) признание 4) еда

12. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА 1) выявление клинического синдрома 2) выявление конкретного заболевания 3) выявление причины заболевания 4) описание проблем пациента, связанных с реакциями на заболевание

13. СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ 1) может изменяться в течение суток 2) не отличается от врачебного 3) определяет болезнь 4) имеет цель вылечить

14. ПОНЯТИЕ СЕСТРИНСКОГО ДИАГНОЗА ВПЕРВЫЕ ПОЯВИЛОСЬ 1) в Японии 2) в Соединенных Штатах Америки 3) в России 4) в Англии

15. ВЫБЕРИТЕ ИЗ ПРЕДЛОЖЕННОГО ПЕРЕЧНЯ СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ 1) нарушено удовлетворение потребности в безопасности 2) персонал избегает контактов с пациентом 3) сердечная недостаточность 4) дефицит знаний по уходу за стомой

16. КЛАССИФИКАЦИЯ СЕСТРИНСКИХ ДИАГНОЗОВ (ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА) 1) краткосрочные и долгосрочные 2) настоящие и потенциальные 3) партнерские, авторитарные и контрактные 4) технические, духовные, социальные.

**Тест по теме «Сестринский уход за пациентами при эзофагитах, гастритах, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки»**

1. Заболевание, для которого характерна сезонность обострения

а) хронический колит

б) хронический гепатит

в) цирроз печени

г) язвенная болезнь

2. Основная причина возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

а) переохлаждение, переутомление

б) хеликобактериальная инфекция

в) физическая перегрузка, переохлаждение

г) вирусная инфекция, переохлаждение

3. Ранняя боль в эпигастральной области возникает после еды в течение

а) 30 минут после еды

б) 2 часов после еды

в) 3 часов до еды

г) 4 часов до еды

4. Боли в эпигастральной области при язвенной болезни желудка обычно бывают

а) ранними

б) поздними

в) ночными

г) голодными

5. При язвенной болезни желудка боль локализуется

а) в левой подреберной области

б) в левой подвздошной области

в) в правой подвздошной области

г) в эпигастральной области

6. Основной симптом язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

а) метеоризм

б) отрыжка тухлым

в) боль в эпигастральной области

г) понос

7. Основная жалоба при язвенной болезни 12-перстной кишки – это боль

а) ранняя

б) поздняя голодная, ночная

в) "кинжальная"

г) опоясывающая

8. Самое частое осложнение язвенной болезни

а) кишечная непроходимость

б) кахексия

в) обезвоживание

г) желудочное кровотечение

9. Патогномоничные признаки желудочного кровотечения

а) бледность, слабость

б) головная боль, головокружение

в) рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул

г) тахикардия, снижение АД

10. Характер кала при желудочно-кишечном кровотечении

а) кровянистый

б) дегтеобразный

в) обесцвеченный

г) жирный

Ответы:

1. г, 2- б, 3-а, 4-а, 5-г, 6-в, 7-б, 8-г, 9-в,10-б