

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» (НИУ «БелГУ»)**

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ**

Дипломная работа студента

очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051581
Чистяковой Ольги Владимировны

Научный руководитель
преподаватель Самсонова А.В.

Рецензент
заведующая терапевтическим отделением
ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»
Стефанова М.С.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ.....	6
1.1. Этиология, патогенез, классификация.....	6
1.2. Диагностика, клиническая картина.....	11
1.3. Лечение, профилактика, сестринский уход.....	15
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ.....	22
2.1. Методика исследования особенности сестринского ухода при хроническом гастрите.....	22
2.2. Результаты собственного исследования особенности сестринского ухода при хроническом гастрите.....	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

ВВЕДЕНИЕ

Гастрит – это воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка. Поражения слизистой оболочки может быть первичным, то есть которое развивается, как самостоятельное заболевание и вторичным, которое развивается на фоне других заболеваний. В зависимости от длительности действия и интенсивности поражающих факторов, патологический процесс бывает острым, который протекает в основном с воспалительным процессом, который сопровождается перестройкой и атрофией слизистой оболочки желудка. Выделяется острый гастрит и хронический гастриты [14, с. 132].

Чаще всего гастриты связаны с нарушением режима питания (поспешная еда, плохое пережёвывание пищи, жареная, острая, горячая пища, еда в сухоматку, фаст-фуды). Способствует развитию заболевания нервно-психическое напряжение, вредные привычки. В настоящее время играет роль в развитии хронических неинфекционных заболеваний и информационные перегрузки (сидение за компьютером, использование всевозможных гаджетов).

По статистике хронические гастриты фиксируются у 80-90% больных желудочно-кишечными заболеваниями. При этом, наиболее опасные формы гастритов, относящиеся к «предраковым состояниям», атрофические гастриты обнаруживаются в 5 % случаев у пациентов младше 30 лет, у пациентов в возрасте от 31 до 50 лет — в 20 % случаев, у пациентов старше 50 лет — в 60-80 % случаев [2].

Актуальность исследования: Проблема гастритов одна из самых актуальных в современной гастроэнтерологии. Около половины населения Земного шара страдает заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

В Белгородской области заболеваемость органов пищеварения составила в 2018 году 21,6% на 100 тысяч человек населения [2, с. 10].

Статистика показывает, что в структуре желудочно-кишечных заболеваний гастриты составляют больше 80%. В настоящее время этим

серьёзным заболеванием болеют не только взрослые, но и дети. Хронический гастрит напрямую влияет на жизнь больных и качество жизни, в связи с этим имеет важное значение сестринский уход и профилактические мероприятия, которые проводятся медицинской сестрой при хронических гастритах [4, с. 940].

Цель исследования: выявить особенности профессиональной деятельности медсестры при хронических гастритах.

Объект исследования: пациенты ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» терапевтического отделения страдающие хроническими гастритами.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при хронических гастритах.

Задачи исследования:

- изучить литературные источники по теме исследования;
- провести анкетирование среди пациентов при хронических гастритах;
- выявить особенности сестринского ухода за пациентами с хроническими гастритами;
- по итогам проведённого исследования составить рекомендации для медицинских сестёр по уходу за пациентами с хроническими гастритами;
- провести анализ анкетирования;
- выявить факторы риска при хронических гастритах;
- выявить проблемы пациентов с хроническими гастритами;
- составить рекомендации для пациентов с хроническими гастритами и для медицинских сестёр.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости.
2. Организационный (сравнительный, комплексный) метод.
3. Социологический: анкетирование.
4. Биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации).

5. Психодиагностический (беседа).

6. Эмпирический — наблюдение, дополнительные методы исследования.

7. Статистический — обработка информационного материала.

Практическая значимость этого исследования заключается в том, чтобы разработать конкретные рекомендации пациентам по уходу, и медицинским работникам по организации и осуществлению сестринского ухода за пациентами с хроническими гастритами.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Время исследования: 2018-2019 гг.

В первой главе исследования проведён теоретический анализ литературных источников по этиологии, патогенезу, классификации, лечению, диагностики, клиническим проявлениям и осложнениям хронических гастритов. Особое внимание уделено лечению и особенностям организации, и осуществлению сестринского ухода, участию медицинской сестры и пациента в диагностических исследованиях. Вторая глава посвящена результатам собственного исследования по факторам риска и особенностям сестринского ухода за пациентами с хроническими гастритами.

Работа представлена на 41 странице, имеет список использованных источников и литературы, включающий 19 наименований, 11 рисунков.

В качестве приложения представлена анкета пациента.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ.

1.1. Этиология, патогенез, классификация.

Гастрит – это воспаление слизистой оболочки желудка.

Различают три основные формы гастрита — острый, хронический и особые (специальные) формы [8, с. 23].

Острый гастрит — это острое воспаление слизистой оболочки желудка, которое вызывается непродолжительным действием относительно сильных раздражителей, к примеру, употребление недоброкачественной пищи, приём некоторых лекарств и т.д.

В зависимости от характера повреждения и особенностей клинической картины слизистой оболочки желудка различают фибринозный, катаральный, коррозивный и флегмонозный гастриты.

Фибринозный гастрит (дифтеритический гастрит) — острый гастрит, который характеризуется дифтеритическим воспалением слизистой оболочки желудка. Развивается при тяжёлых инфекционных заболеваниях.

Катаральный гастрит (простой гастрит) — острый гастрит, который характеризуется инфильтрацией лейкоцитов в слизистой оболочке желудка, воспалительной гиперемией, дистрофическими изменениями эпителия. Возникает при нерациональном питании и пищевых интоксикациях.

Коррозивный гастрит (некротический гастрит, токсико-химический гастрит) — острый гастрит в котором присутствует некротическое изменение тканей, он развивается в результате попадания в желудок концентрированных кислот или щелочей, солей тяжёлых металлов.

Флегмонозный гастрит — острый гастрит с гнойным расплавлением стенки желудка, он преимущественно распространяет гной по подслизистому слою. Возникает при травмах, возникает, как осложнение

язвенной болезни, рака желудка, некоторых инфекционных болезней.

Хронический гастрит — клинико-морфологическое понятие, которое характеризуется нарушением физиологической регенерации эпителия с исходом в атрофию, нарушениями секреторной функции желудка, его моторной и отчасти инкреторной деятельности.

Хронический гастрит — широко распространённое заболевание системы пищеварения, которое поражает не менее 50% взрослого населения. Выделяют А-гастрит (аутоимунный), В-гастрит (хеликобактерный), С-гастрит (рефлюкс-гастрит), редкие формы (гигантский гипертрофический гастрит, ригидный антральный гастрит). В структуре хронических гастритов отмечено явное преобладание В-гастрита (60-65-% случаев) над А-гастритом (15-20% случаев). На долю С-гастритов приходится около 5%, «особых» форм не более 0,5-1% случаев.

Патологическая анатомия. Ведущая причина А-гастрита — генетический фактор, из-за которого реализуется атрофия слизистой тела желудка. А-гастрит считается болезнью, которая повышает риск развития рака желудка.

В-гастрит вызывается хеликобактерной инфекцией (*Helicobacter Pylori*). С-гастрит обусловлен рефлюксом дуоденального содержимого в желудок, нестероидными противовоспалительными препаратами, алкоголем, возможно развитие после гастрэктомии. В-гастрит поражает в наибольшей степени антрум, где воспаление выражено интенсивнее, чем в теле и дне желудка. Гистологическими основными диагностическими критериями этого типа гастрита являются:

- выраженная нейтрофильная инфильтрация в ямочном эпителии, в которой повреждены клетки;
- плазмоцитарная и лимфоцитарная инфильтрация собственной пластинки;
- находки *Helicobacter Pylori* в виде коротких изогнутых стержней на поверхности слизистой оболочки и в просветах ямок [5, с. 87].

А-гастрит поражает тело и дно желудка. Гистологически: лимфоплазмоцитарные инфильтраты, часто встречаются с формированием фолликулов в собственной пластинке, кишечной и «антральной» метаплазией.

С-гастрит поражает антральный отдел желудка. Его гистологические характеристики:

- гиперплазия клеток ямочного эпителия;
- уменьшение количества муцина ямочных клеток;
- отёк собственной пластинки;
- увеличение числа гладкомышечных клеток в собственной пластинке;
- эозинофильная инфильтрация глубоких слоёв слизистой оболочки.

Лимфоцитарный гастрит — одна из форм гастрита. Встречается очень редко. Болеют больше женщины, чем мужчины. Более подвержены люди пожилого возраста, крайне редко — дети.

Клинически лимфоцитарный гастрит имеет ___ характерные гистологические признаки:

- лимфоцитарная инфильтрация поверхностного и ямочного эпителия, «повреждение» эпителия;
- лимфоплазмоз собственной пластинки;
- нейтрофилы, эрозии.

Лимфоцитарный гастрит связывают с хеликобактериозом, болезнью Менетрие (фаза развития этой болезни), лимфомой желудка.

Антральный гастрит (гастродуоденит) — сопровождается повышением тонуса и моторики желудка с изменением формы, ригидной складчатостью выходного отдела и периодической сегментирующей перистальтикой, неравномерностью желудочных полей, если обилие слизи не мешает выявлению микрорельефа слизистой оболочки. Наблюдаемая нередко деформация луковицы двенадцатиперстной кишки и многие другие структурные изменения её стенок имеют функциональную природу и исчезают в условиях фармакологической релаксации. Изменяется рельеф

слизистой оболочки, которые обнаруживаются при рентгенологическом исследовании, не исчезают под влиянием гипотонии, но выявляются чётче: более широкими становятся складки слизистой оболочки, в некоторых местах между ними отсутствуют углубления из-за отёка, почти полностью пропадает складчатость [15, с. 138].

Решающее значение в диагностике гастритов придаётся этиологии, характеру морфологических изменений слизистой и преимущественной локализации этих изменений.

Описание морфологических изменений дополняются описанием эндоскопических категорий гастритов:

- эриматозный/экссудативный гастрит (поверхностный гастрит);
- приподнятые эрозии;
- плоские эрозии;
- гиперпластический гастрит;
- геморрагический гастрит;
- гастрит, сопровождающийся дуоденогастральным рефлюксом (рефлюкс гастрит).

Хронический гастрит – собирательное понятие для обозначения различных по этиологии и патогенезу воспалительных или дисрегенераторных (очаговые или диффузные) поражений слизистой и подслизистой оболочек желудка с явлениями нарушения клеточного обновления, прогрессирующей атрофии, функциональной и структурной перестройкой с разнообразными клиническими признаками [16, с.81].

Хронический гастрит – это хроническое воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся нарушением процессов восстановления с постепенным развитием атрофии железистого эпителия, расстройством секреторной, моторной, инкреторной функции желудка [17, с. 146].

Хроническое заболевание желудка, включающее хронический (более 3 месяцев) воспалительный процесс слизистой оболочки с

нарушением функций всех её клеток. При этом происходят одновременно несколько процессов – рост и обновление клеток и прогрессирующая атрофия желёз слизистой оболочки. Представленные нарушения способствуют изменению секреторной, моторной и инкреторной функций желудка [15, с. 146].

Хронический гастрит — хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка с перестройкой её структуры, прогрессирующей атрофией, нарушением секреторной, моторной и инкреторной функций [14, с. 129].

Диагноз хронический гастрит должен быть сформирован на основании оценки всех 4-х признаков этого заболевания: локализации патологического процесса, гистологических изменений, макроскопических изменений слизистой оболочки, выявляемых при эндоскопии, этиологических факторов [11, с. 13].

Состояние желудочной секреции: повышенная и сохранённая (нормальная); секреторная недостаточность (умеренная и выраженная, включая ахлоргидрию).

Фаза: обострения, ремиссии.

Критериями, которые позволяют отнести хронический гастрит к типу А (иммунному, с выработкой специфических антител к париетальным клеткам слизистой оболочки желудка), являются: морфологические (локализация в дне и теле желудка, слабая выраженность воспалительной реакции, развитие атрофии слизистой в ранние сроки от начала болезни); иммунологические (наличие антител к париетальным клеткам и внутреннему фактору); клинические (выраженная гипо- и анацидность, гастринемия, развитие витаминно-В12-дефицитной анемии).

При гастрите типа В воспалительный процесс выражен значительно, локализуется чаще в антральном отделе, возможны эрозии. Развитие атрофии вторично, в поздние сроки болезни. Выявляются хеликобактериоз, антитела к хеликобактериям слизистой оболочки желудка. Тип секреции любой. По П.Я.

Григорьеву следует выделять две формы гастрита типа В — раннюю стадию (антрумгастрит) и позднюю стадию (диффузный атрофический гастрит). Антрум-гастрит (неатрофический, с сохранённой желудочной секрецией) встречается чаще всего у молодых людей, протекает с язвенноподобной симптоматикой, отёком, гиперемией, эрозиями антрального отдела. Диффузный атрофический гастрит с секреторной недостаточностью встречается обычно у людей пожилого возраста, характеризуется диспептическим синдромом, бледной истончённой сглаженной слизистой оболочкой антрального отдела и тела желудка [18, с. 26].

Химический (С-гастрит) обусловлен рефлюксом желчи в желудок, приёмом нестероидных противовоспалительных препаратов, алиментарными химическими раздражителями. Наиболее часто гастрит типа С диагностируется у пациентов с резецированным желудком; после органосохраняющих операций на желудке; при дуоденальных язвах, дуоденитах. Радиационный гастрит вызывают лучевые повреждения слизистой желудка; лимфоцитарный гастрит может быть ассоциирован с хеликобактером на этапе формирования клинической ремиссии В-гастрита; эозинофильный гастрит — симптом пищевой аллергии, других аллергозов; неинфекционный гранулематозный гастрит диагностируется при болезни Крона, саркоидозе, гранулематозе Вегенера, инородных телах желудка.

Формулировка диагноза.

- Хронический гастрит типа В, ассоциированный с хеликобактером; обострение: эрозивный пилорит; среднекислый желудок (сохранённая желудочная секреция).

- Хронический гастрит типа А: атрофический гастрит дна и тела желудка; обострение, выраженная секреторная недостаточность.

Таким образом, возникновение и прогрессирование хронических гастритов обусловлено сочетанным воздействием на слизистую оболочку желудка множества факторов. Патогенез хронического гастрита для каждой формы и типа заболевания имеет свои особенности [14, с. 249].

1.2. Диагностика, клиническая картина.

Оказание медицинской помощи больным с хроническими гастритами регламентируется стандартом, утверждённым Минздравсоцразвития России от 22 ноября 2004 г. № 248. Регламентируемый объём диагностических процедур, определяемый этим приказом [6, с. 4].

Для постановки диагноза хронического гастрита необходимо комплексное обследование, которое включает в себя сбор жалоб, анамнеза, объективные обследования пациента и дополнительные исследования, включающие в себя лабораторные и инструментальные методы. Фиброгастродуоденоскопия с биопсией позволяет визуально определить состояние слизистой и уточнить характер и локализацию слизистой оболочки желудка [7, с. 255].

Осмотр пациента. Анализируются жалобы больного, анамнез, данные осмотра пациента.

Эндоскопическая диагностика с биопсией. Уточняется характер и локализация изменений слизистой оболочки желудка.

Лабораторная диагностика. Биохимический анализ крови, клинический анализ крови, клинический анализ мочи, клинический анализ кала, анализ кала на скрытую кровь, выявление инфекции *Helicobacter pylori*, морфологические исследования, определение пепсина и пепсиногена в крови, иммунологические исследования.

Клиника. Эпигастральная боль тупая, ноющая, возникает сразу после еды, монотонная, постепенно затухающая. Диспептический синдром: тошнота, неприятный вкус во рту, отрыжка, срыгивание после еды, изжога. Симптоматика чётко связана с количеством и качеством съеденной пищи, появляется после приёма острой, жареной, жирной, копченой, грубой пищи. Язык обложен белым налетом, с отпечатками зубов. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии.

Рентгеноскопическое исследование — утолщение складок, спазм

привратника; сглаженная слизистая, изменение перистальтики.

Гастроскопия: отёк, кровоизлияния, эрозии, гиперемия [12, с. 377].

Дифференциальная диагностика:

1) Рак желудка. Ранними признаками рака желудка может быть немотивированная слабость, утомляемость, тревожность, снижение аппетита, ноющие боли в эпигастральной области. Позднее могут появиться ощущения быстрого насыщения после приёма даже малого количества пищи, возможна отрыжка тухлым. Симптомы нарастают, отмечается потеря веса. В диагностике помогают дополнительные методы исследования рентгеноскопия желудка и фиброгастроскопия с биопсией. Рентгенологически отмечается: «атипичный» рельеф слизистой, дефект наполнения, отсутствие перистальтики, язва с инфильтративными краями, плоская одиночная эрозия [18, с. 27].

Фиброгастроскопически – картина язвы-рака; экзофитного рака; утолщение слизистой, подобие «апельсиновой корки» при инфильтративной форме.

2) Полипоз желудка может протекать с гастритоподобной симптоматикой, рецидивирующими желудочными кровотечениями, с выраженной секреторной недостаточностью. Для уточнения диагноза так же проводится рентгенологические и фиброгастроскопические исследования при необходимости биопсия.

Клиническая картина хронических гастритов не отличается специфичностью. Хронические гастриты могут протекать бессимптомно, особенно в период ремиссии. При гастритах с повышенной секреторной функцией больные могут жаловаться на тупые боли в эпигастральной области ранние или поздние, изжогу, отрыжку кислым. При гастритах с пониженной секреторной функцией больных беспокоит тяжесть в эпигастрии после еды, снижение аппетита, тошнота, непереносимость некоторых продуктов (молоко, виноград и др.). При гастрите А могут развиваться признаки В12-дефицитной анемии (слабость, головокружение,

неврологическая симптоматика, жжение языка). При гастрите В возможно развитие осложнений (эрозивно-язвенное поражение, рак, лимфома).

1.3. Лечение, профилактика, сестринский уход.

Трудности лечения хронических гастритов обусловлены разнообразием этиологических факторов, сложным патогенезом, наличием частовыраженных необратимых изменений в структуре слизистой оболочки желудка, особенностями клинических проявлений [19, с. 14].

Лечение хронических гастритов должно быть комплексным, зависит от этиологии, морфологии и стадии болезни.

В период обострения заболевания назначается щадящая диета, включающая химические, механические и объёмные ограничения. Эти ограничения действуют только в период обострения; по мере его купирования питание должно становиться полноценным с соблюдением стимулирующего принципа в период ремиссии у больных с подавленной или с пониженной кислотной продукцией. Больным гастритом любого типа абсолютно противопоказаны кофе шоколад, газированные напитки, алкоголь [19, с. 15].

Исключаются консервы, концентраты и суррогаты любых продуктов, пряности, специи, а также продукция фаст-фуд, блюда, провоцирующие брожение (виноград, молоко, сметана, чёрный хлеб и пр.), копчёная, жирная и жареная пища, изделия из сдобного теста. Но питание должно быть разнообразным, богатым белками и далеким от употребления исключительно киселей, бульонов и манной каши. Дробный, 5-6-разовый приём пищи позволяет использовать её «антацидный» эффект [7, с. 684].

При лечении хронического гастрита необходимо учитывать фазу болезни, клинический и морфологический вариант гастрита, особенности секреторной и моторноэвакуаторной функций желудка.

Цель лечения: достижение длительной ремиссии, предотвращение прогрессирования болезни и осложнений.

Задачами лечения является ликвидация воспалительных изменений слизистой желудка, сохранение секреторной, моторной функции, поддержание достигнутой ремиссии.

Госпитализация в гастроэнтерологическое или терапевтическое отделение показана при выраженном болевом, диспепсическом синдроме в сочетании с эндоскопическими признаками (яркая гиперемия, эрозии, кровоизлияния). В гастроэнтерологические отделения госпитализируются пациенты с тяжелыми формами «особых форм» гастрита [19, с. 16].

При плановой госпитализации информируются пациент и его родственники:

Хронический гастрит — заболевание, требующее активной терапии в период обострения и мероприятий, медикаментозного и немедикаментозного характера, для поддержания продолжительной достигнутой ремиссии.

Диета при обострении исключает копченые, острые, жареные блюда, грибы, маринады, индивидуально плохо переносимые продукты (молоко, сметана, отдельные виды соков), пироги, блины, изделия из свежего теста.

В период ремиссии диету расширяют, но исключается употребление грубой, жирной пищи и индивидуально непереносимых продуктов.

При повышенной секреторной функции — диета типа № 1, без сокогонных продуктов (наваристые бульоны и др.). При низкой секреции — диета № 2, с исключением изделий из свежего теста, свежего хлеба, капусты, винограда.

Медикаментозная терапия:

При обострении хронического гастрита типа В применяются различные группы препаратов. Для купирования болей используются холинолитики: раствор атропина, сульфата, платифиллина, битартрата, метоцин, гастроципин.

Эрадикация хеликобактера: антибактериальные препараты: денол,

трихопол, оксациллин, амоксициллин. Для достижения эффекта иногда приходится назначать эти препараты последовательно: оксациллин, трихопол, дебол. Многим больным помогает амоксициллин. Одновременно с деболом не назначаются антациды — фосфалюгель, маалокс и др.

Антациды назначаются после эрадикации хеликобактера на 7-10 дней. Это маалокс, альмагель, фосфалюгель, викалин [19, с. 17].

Реабилитационная терапия:

Объём диагностических исследований:

- анализ крови;
- желудочная секреция;
- фиброгастроскопия 2 раз в год.

Противорецидивная терапия при локальной форме гастрита В — весной и осенью по 1 мес. м-холинолитики, антациды, дебол.

При гастрите типа А с резким снижением желудочной секреции и диффузной форме гастрита типа В назначается заместительная терапия: ацидин пепсин, пепсидил, панкреатические ферменты: панргол, панкреатин, фестал, мезим, которые не содержат желчные кислоты.

Критерии эффективности диспансеризации:

- снижение частоты обострений и их тяжести;
- снижение трудопотерь вследствие основного заболевания.

Санаторно-курортное лечение. В период ремиссии больные направляются в санатории и санатории-профилактории местной зоны [7, с. 250].

При хронических гастритах медицинская сестра может выявить следующие проблемы:

- изжога;
- отрыжка кислым или воздухом, может быть с тухлым запахом;
- тошнота;
- рвота;
- тяжесть в эпигастральной области;

- расстройство стула;
- плохой сон
- лабильность настроения;
- утомляемость;
- похудание.

Важное значение в лечении больных с хроническими гастритами имеет сестринский уход.

Медицинская сестра должна обеспечить:

- соблюдение выполнения режима питания и двигательного режима, которые назначил врач;
- соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в отделении;
- своевременное выполнение назначений врача;
- своевременный приём больными лекарственных средств;
- контроль массы тела, стула, артериального давления, числа дыхательных движений, пульса;
- контроль за передачами продуктов питания, которые передают больному родственники;
- подготовку больного к дополнительным исследованиям (УЗИ, гастроскопическому, рентгенологическому, и др.);

Так же медицинская сестра проводит: беседы с больными и их родственниками о значении правильного приёма лекарственных препаратов; о важности соблюдения режима питания; обучение больных как правильно принимать лекарственные препараты [14, с 130-131].

Важное значение имеет соблюдение диеты и режима питания. В период обострения рекомендуется механически, физически и химически щадящая диета. Запрещаются острые и жирные блюда, копчёности, пряности, консервы, жареное, курение, алкоголь. Исключаются продукты плохой индивидуальной переносимости (молоко, сметана, хлеб свежей выпечки, блины, пироги, некоторые разновидности соков). При улучшении состояния пациента диета расширяется, но исключается употребление грубой жирной

пищи, индивидуально непереносимых продуктов. При гастритах с повышенной секреторной функцией нельзя употреблять сокогонные продукты (наваристые бульоны). При низкой секреторной функции исключаются изделия из свежего теста, виноград, капуста [14, с. 252].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРИТАХ.

2.1. Методика исследования профессиональной деятельности медицинской сестры при хронических гастритах.

В исследовании было опрошено 50 пациентов, 29 мужчин и 21 женщина в возрасте от 20 до 60 лет терапевтического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Объектом исследования являлись пациенты терапевтического отделения, страдающие хроническими гастритами. Основным и многозначимым этапом диагностики является правильный сбор и изучение анамнеза, а также физикальные методы обследования.

Всё это позволяет выявить факторы риска, участвующие в формировании хронических гастритов, стадию обострения процесса, клинические проявления.

В исследовании была использована анкета с 20 вопросами закрытого и открытого типа для заполнения пациентами. Данное анкетирование проводится с целью выявления проблем пациентов, для разработки практических рекомендаций для медицинских сестёр и пациентов с хроническими гастритами. Пациентам предлагалось внимательно ознакомиться с вопросами при заполнении анкеты, выделить тот ответ, который отражает их мнение. Данные этой анкеты использовались в обобщённом виде. Мнение пациентов очень важно, потому что информация которую получили в ходе исследования позволит выявить наиболее распространённые факторы риска хронических гастритов и выполнить мероприятия по их профилактике.

По каждому вопросу анкеты проводилась обработка результатов.

2.2. Результаты собственного исследования профессиональной деятельности медицинской сестры при хронических гастритах.

Цель данного исследования - это выявление особенностей сестринского ухода при хронических гастритах, изучение факторов риска, клинических проявлений и основных мер профилактики хронических гастритов.

Было исследовано 50 пациентов терапевтического отделения, страдающих хроническими гастритами, из них 29 мужчин (58%) и 21 женщина (42%), что отражено в диаграмме (рис. 1).

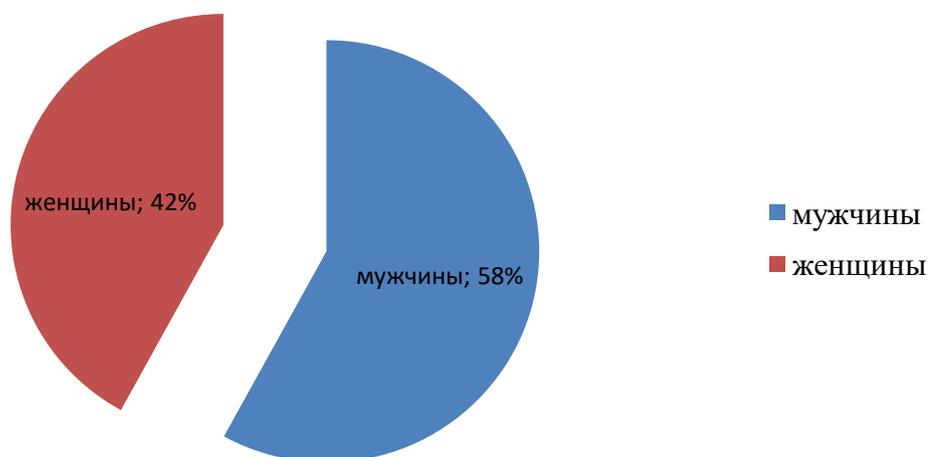


Рис. 1. Соотношение мужчин и женщин в исследуемой группе.

При анализе анкетирования было выявлено, что чаще всего страдают хроническими гастритами лица старше 50 лет (45%), меньше всего молодые люди от 18 до 30 лет (20%), средний возраст от 31 до 50 (35%).

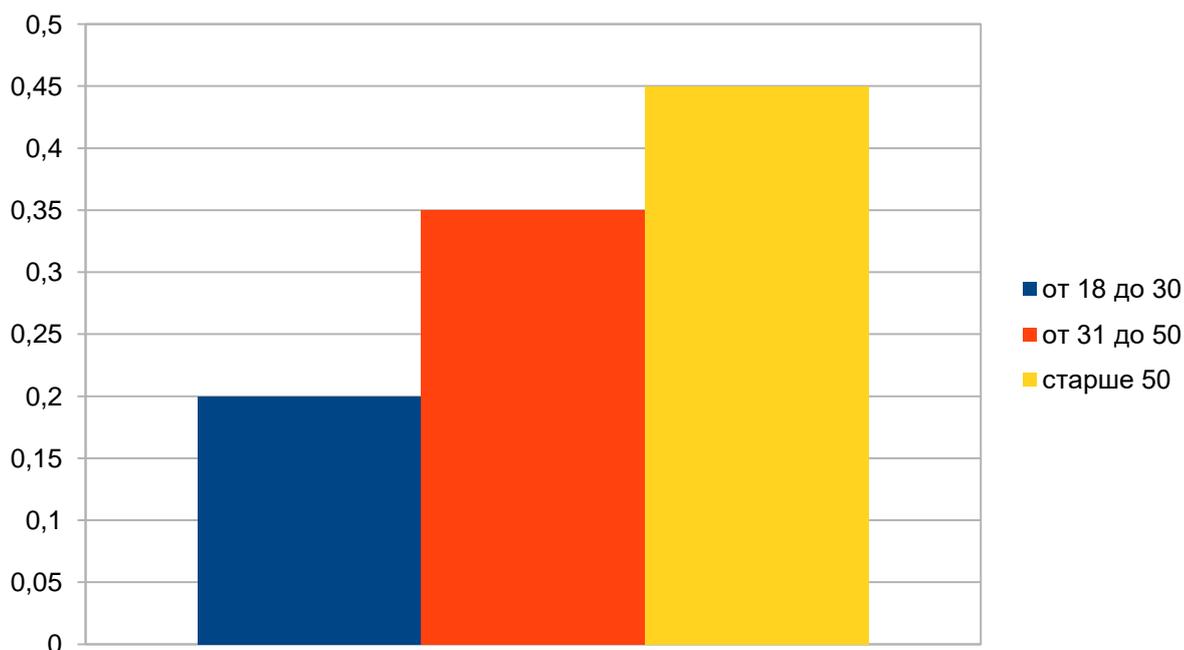


Рис. 2. Возраст пациентов.

В ходе анкетирования пациентов ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» было выявлено, что пациентов из сельской местности (70%) намного больше, чем из городской (30%) Это отражено в диаграмме (рис. 3).

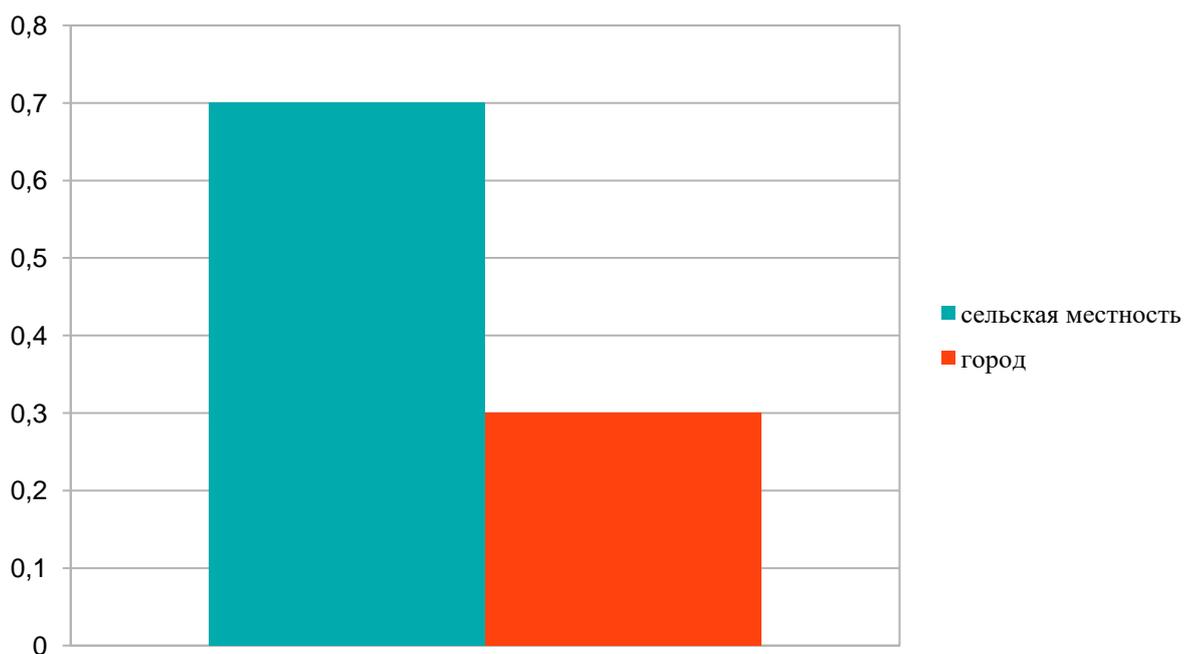


Рис. 3. Место жительства пациентов.

Анкетирование выявило, что больше всего хронические гастриты встречаются у пенсионеров (40%). На втором месте оказались работающие (25%), так как у тоже нарушен режим питания. Далее анализ выявил на третьем месте категорию студентов (20%). На последнем месте оказались безработные (15%), так у них выявлено наименьшее количество нарушения режима питания. Это соотношение отражено в диаграмме (рис. 4).

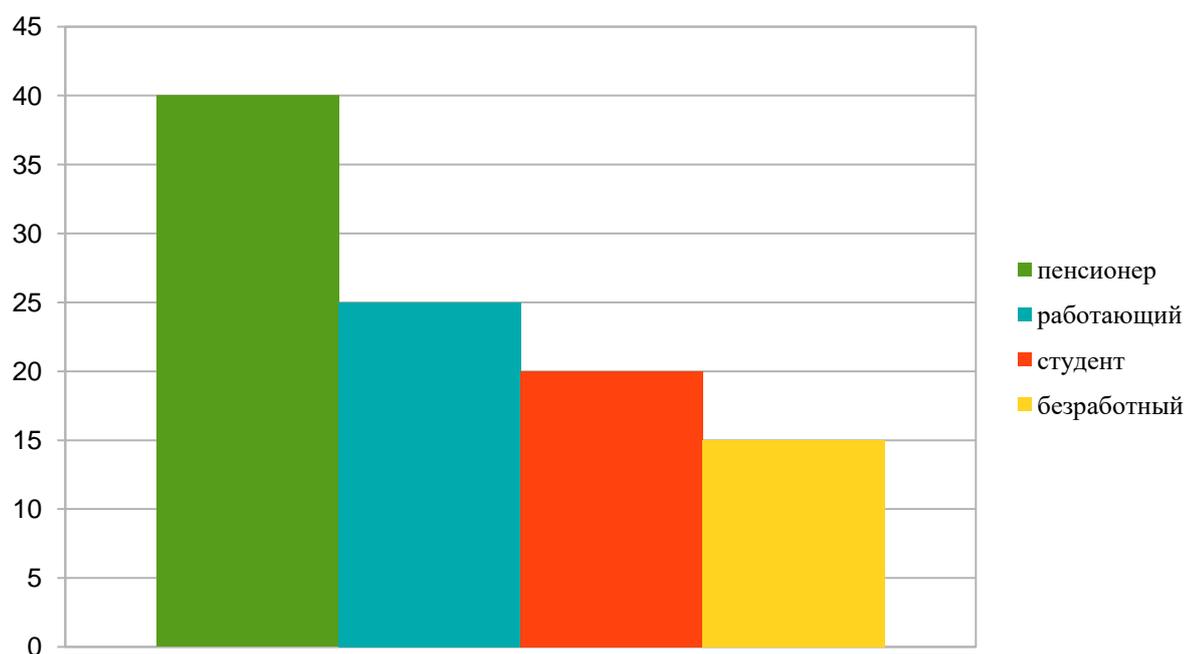


Рис. 4. Социальный статус.

В ходе анкетирования было выявлено, что подавляющее большинство пациентов хоть и состоят на диспансерном наблюдении, но посещают врача только в случае крайне необходимости (рис. 5).

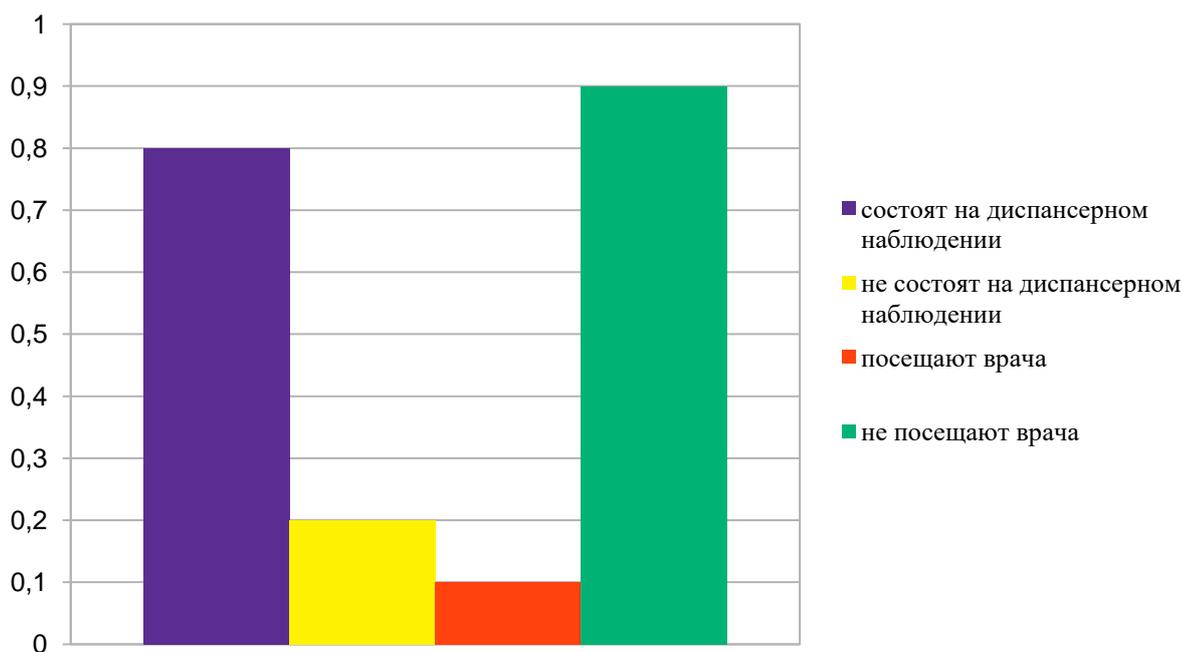


Рис. 5. Посещение врача.

При анализе анкетирования было выявлено, что предрасположенность к заболеванию у мужчин (65%) больше, чем у женщин (35 %) (рис. 6).

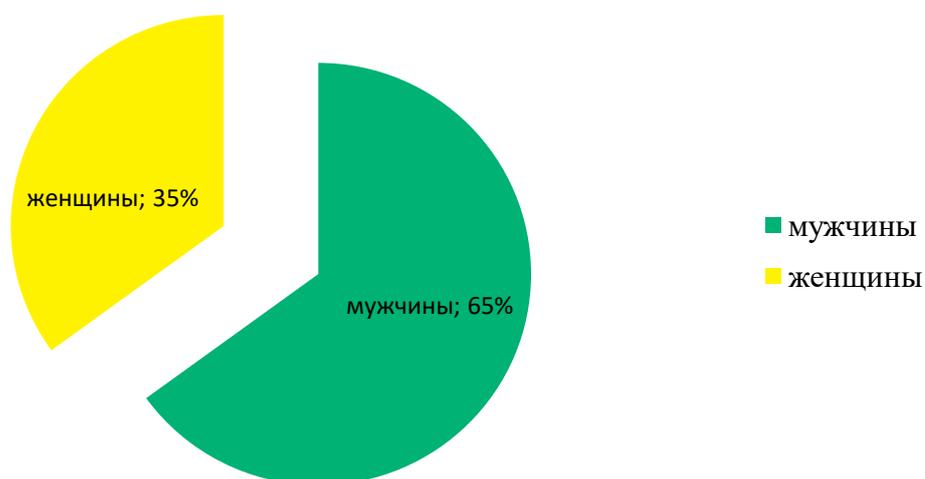


Рис. 6. Предрасположенность к заболеванию.

При сборе анамнеза обращалось внимание на начало заболевания,

причину возникновения, характер течения болезни, частоту обострений хронических гастритов. При исследовании было выявлено, что у 66% пациентов отмечаются такие симптомы, как боли в эпигастрии, у 80% человек отрыжка, изжога, у 53% нарушение аппетита, 40% заметили изменения в весе и только лишь у 20% наблюдалось нарушение стула, что представлено в диаграмме (рис. 7).

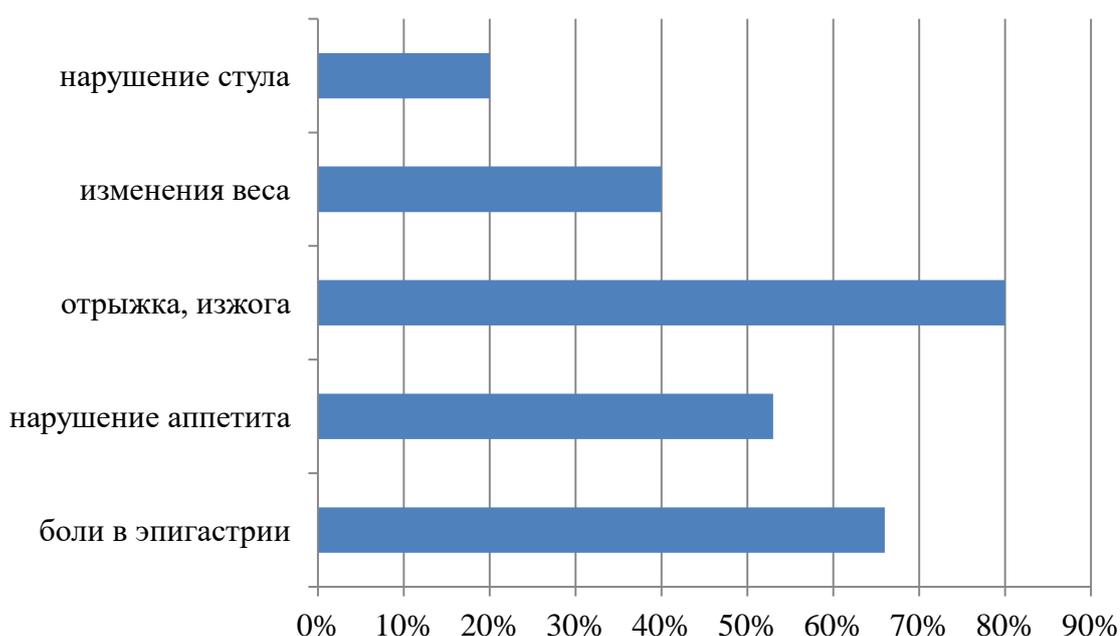


Рис. 7. Проблемы пациента с хроническими гастритами.

Анкетирование и сбор анамнеза позволили выявить факторы риска хронических гастритов: нарушение режима питания и диеты обнаружено у 99 % человек (рис. 8). Поспешная и плохопережёванная еда или еда в сухом виде механически травмируют слизистую оболочку желудка. Потребление в пищу сильно горячей или сильно холодной пищи вызывает гастрит за счёт термического повреждения слизистой оболочки.

Потребление пикантной еды (преимущественно острой и сильносолёной) раздражает слизистую оболочку желудка аналогично действию едких химических веществ.

У 60% пациентов отмечено наличие вредных привычек, которые напрямую ведут к развитию заболевания.

Установлено, что в 70% случаев появление язвы желудка связано с курением. При регулярном раздражении слизистой оболочки желудка токсическими веществами табачного дыма, происходит её воспаление и уменьшение толщины. И как результат, возможно развитие язвы желудка. Среди курильщиков гастрит встречается вдвое чаще, чем среди некурящих. При частом курении нарушаются практически все функции желудочно-кишечного тракта. Это приводит к ухудшению пищеварения и снижению аппетита. Наибольший вред причиняет курение натошак, в ночное время, перед едой и после неё.

Алкоголь оказывает повреждающее влияние на слизистую оболочку желудка, вызывая нарушения её структуры и функции. Этанол (чистый спирт) повышает выработку соляной кислоты, задерживает пищу в желудке, нарушает кровообращение желудочной стенки, угнетает образование защитной слизи и препятствует регенерации (самовосстановлению) клеток.

Проводя анализ анкетирования, установлено, что профессиональные вредности имели 46% обследуемых. Существует много профессий, представителям которых хронические гастриты (и язвенная болезнь) являются профессиональным заболеванием. Причина этому — вынужденность работать посменно или сутками (у диспетчеров, охранников водителей, работа на вредных производствах, связанная с постоянным вдыханием жирных кислот, щелочных паров, металлической и угольной пыли. Очень вредная работа в горячих цехах.

Большая группа обследуемых — 56% бесконтрольно принимали нестероидные противовоспалительные препараты для лечения сопутствующих заболеваний, таких как остеохондроз и деформирующий остеоартроз на протяжении многих лет. Механизм действия любого нестероидного противовоспалительного средства направлен на блокирование гормоноподобных веществ, которые называются простагландинами.

Простагландины в нашем организме отвечают не только за воспаление и боль, но и за другие процессы, например, синтез в желудке специальной слизи, которая защищает слизистую желудка от разъедающего действия соляной кислоты.

Классические нестероидные противовоспалительные средства (например, диклофенак) блокируют простагландины. Но, к несчастью, такое неселективное действие препаратов подвергает опасности слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, так как нарушает синтез защитной слизи и способствует повреждению слизистой оболочки желудка.

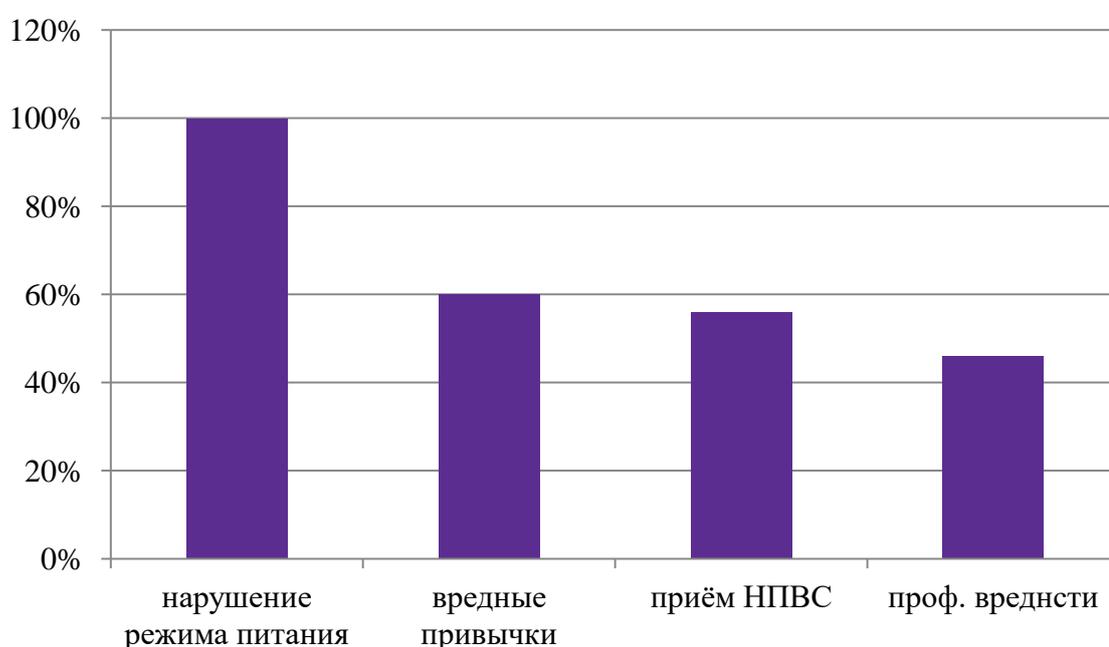


Рис. 8. Факторы риска развития хронического гастрита.

Из медицинской документации было установлено, что при поступлении в терапевтическое отделение, пациентам были проведены следующие методы исследования:

- определение концентрации гастрина в сыворотке крови у 66%;
- неинвазивная дыхательная диагностика инфекции *Helicobacter pylori* у 80% пациентов.
- фиброгастродуоденоскопия — главный диагностический метод,

позволяющий детально изучить все патологические изменения в слизистой оболочке желудка, был проведен у 100%;

- ультразвуковое исследование печени, желчных путей и поджелудочной железы у 66%;

- микробиологический метод выявления *Helicobacter pylori* у 85%;

- рентгеноскопия желудка с контрастным веществом, позволяет выявить опухолевые образования, кисты, полипы и другие изменения слизистой оболочки желудка выполнено у 66% обследуемых.

Также было выяснено, что часть пациентов, болеющие хроническими гастритами, имеют такие осложнения, как язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения и мегалобластную анемию.

На первом месте из осложнений преобладает язвенная болезнь (65%) - хроническое рецидивирующее заболевание, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс наряду с желудком и двенадцатиперстной кишкой других органов системы пищеварения развитию осложнений и образование язв, угрожающих жизни больного.

Второе место определяет частота желудочно-кишечных кровотечений (30%). Причинами кровотечения могут быть эрозии или повышенная проницаемость сосудов; определённую роль играют аллергические реакции. Кислотность желудочного сока при геморрагических гастритах бывает повышенной, но клинические проявления гастрита выражены слабо, иногда больные до кровотечения не предъявляют каких-либо жалоб.

Развитие мегалобластной анемии определено у 46%.

В ходе анкетирования был исследован уровень информированности населения о заболевании хронических гастритов, и потребность граждан в получении дополнительной информации от медицинских работников (рис. 9).

70% анкетированных пациентов сообщили, что они получили достаточно информации о своём заболевании от медицинских работников.

20 % недостаточно информированы, но хотели бы получить больше информации о заболевании.

10% анкетированных не имеют достаточной информации.



Рис. 9. Осведомлённость о заболевании.

Пациенты хотели бы получить дополнительную информацию о заболевании и профилактических мероприятиях из средств массовой информации 25%, из памяток 10 %, хотели бы обучаться в школе здоровья 15 %, из журналов 5 %, 40% - из бесед медицинских сестёр и врачей с пациентами, 5% - из лекций (рис. 10).



Рис. 10. Диаграмма желаемых источников получения информации пациентами.

Анкетирование выявило так же отношение и доверие пациентов к медицинскому персоналу. Количество довольных (62%) и недовольных (48%) несильно отличается друг от друга. Это отражено в диаграмме (рис. 11).

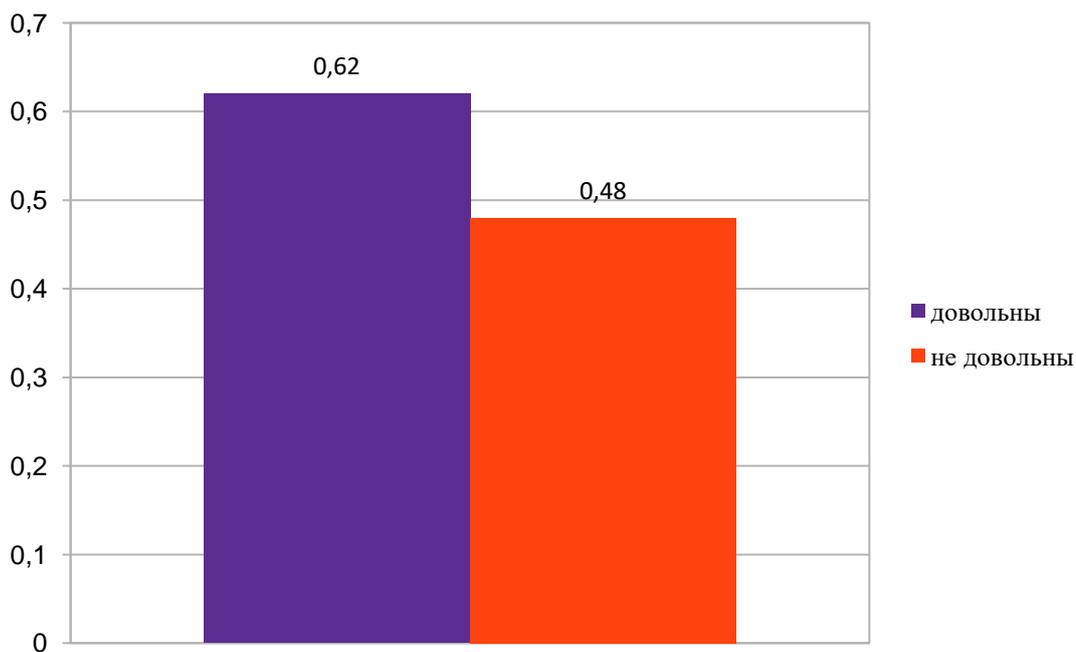


Рис. 11. Отношение пациентов к медперсоналу.

Анализ результатов, которые были получены в ходе анкетирования позволяет сделать выводы:

Для повышения эффективности лечения и улучшения качества жизни при хронических гастритах пациенты и их окружение должны быть информированы о характере своего заболевания, течении, прогнозе, необходимости регулярного диспансерного наблюдения у гастроэнтеролога, об обязательном прохождении процедуры фиброгастродуоденоскопии, а также возможных изменениях образа жизни.

Учитывая низкую информированность пациентов, роль медицинской сестры заключается в пропаганде здорового образа жизни, что означает внедрение физической активности, отказ от вредных привычек, соблюдение режима дня и режима питания, своевременное обращение к специалистам и лечение хронических гастритов на ранних стадиях развития. Все данные мероприятия помогут вовремя диагностировать заболевание и преодолеть развитие более серьезных осложнений.

Рекомендация. Проанализировав полученные данные, в ходе проведенных исследований, выявили особенности профессиональной деятельности при работе с больными хроническими гастритами. Важное значение имеет выявление факторов риска, приведших к развитию хронического гастрита. Контроль за соблюдением режима и диеты, назначенные врачом мотивация дальнейшему соблюдению щадящей диеты для предупреждения обострений, работа с родственниками пациента и контролем передач, чтобы избежать продуктов, провоцирующих обострение. Обучение правильному приему лекарственных средств своевременное и правильное выполнение всех назначений врача, чуткое и внимательное отношение к пациенту способствует быстрейшему выздоровлению.

Вывод. Таким образом, используя клинико-anamnestические данные и объективные методы обследования, проведенное анкетирование,

информацию из документации, можно сделать вывод, что предрасположенность к хроническому гастриту у мужчин намного выше, чем у женщин. Наиболее часто встречающимися симптомами являются такие, как дискомфорт в подложечной области, отрыжка, изжога, нарушение аппетита, изменение веса. Изучая медицинскую документацию, выявлено, что частыми осложнениями заболевания являются язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, анемия. Основным фактором формирования хронических гастритов является нарушение режима питания, несоблюдение диеты, наличие вредных привычек и бесконтрольный приём нестероидных противовоспалительных средств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив необходимую литературу по хроническим гастритам, можно сделать выводы, что знание причин и факторов риска хронических гастритов, клиники, диагностики данного заболевания, принципов лечения и профилактики помогает медицинской сестре профессионально осуществлять все этапы сестринского процесса. Хронические гастриты — одно из самых распространённых заболеваний желудка. Медицинская сестра при хронических гастритах выявляет проблемы пациента, обучает подготовке к диагностическим и лечебным процедурам, правильному приёму лекарственных препаратов, мотивирует и помогает избавиться от вредных привычек, обучает диетическому питанию.

Хронический гастрит — самое распространённое заболевание желудка, которое поражает его слизистую оболочку. Причин болезни довольно много, все они носят острый характер. Для того, чтобы полностью избавиться от этого недуга, необходимо выполнять комплекс мер: придерживаться диеты, принимать антибиотики и многое другое. Но бывают случаи, когда больной сам не в состоянии выполнять все рекомендации врача. Тогда на помощь должна прийти медицинская сестра.

Хронический гастрит — это заболевание желудка, протекающее с поражением слизистой оболочки пищеварительного органа. Для избавления от болезни потребуется комплексное лечение, а также специальная диета. Но иногда пациент не может придерживаться рекомендаций врача самостоятельно.

В данном случае главным помощником в условиях стационара является медицинская сестра. Её задача состоит в контроле над лечением, уходе, а также предоставлении рекомендаций для скорейшего выздоровления. В этом и состоит профессиональная деятельность медицинской сестры при хронических гастритах.

Медицинским сёстрам принадлежит огромная роль в решении медико-

социальной помощи людям. Функций им отводится много, это не только лечение, диагностика, но и уход за пациентами с целью полного их восстановления после болезни. Сестринский процесс существует для поддержки и охраны жизней населения. Объекты — пациенты разных категорий. Медицинским сёстрам приходится с ними работать, чтобы для каждого создать индивидуальные благоприятные условия. Важно относиться к людям с уважением, поддерживать их обычаи и привычки. Должностные обязанности медицинской сестры требуют и отличную техническую подготовку, и творческое отношение к уходу за больными, и умение работать с ними именно как с личностями, а не как с объектами.

Сестринский процесс при хронических гастритах состоит из следующих этапов:

Обследование — осуществляется сбор анамнеза, изучаются результаты анализов.

Определение проблем — предположительно устанавливается, каким заболеванием страдает больной, чем ему это грозит в дальнейшем, передаются данные лечащему врачу.

Определение целей — сколько времени понадобится медицинской сестре, чтобы полностью излечить пациента.

Реализация целей — действия медицинской сестры, которые помогут больному стать здоровым.

Оценка эффективности работы — оказана ли больному помощь и насколько она качественная.

Общий результат зависит от правильных действий, осуществляемых на каждом этапе.

При проведении исследования по теме данной работы были использованы клинико-анамнестические и объективные методы обследования, анкетирование, информация из медицинской документации. Были проанкетированы 50 пациентов с хроническим гастритом, из которых 29 мужчин и 21 женщина, находившихся на лечении в ОГБУЗ «Белгородской

областной клинической больнице Святителя Иоасафа». При обследовании было выявлено, что предрасположенность к хроническим гастритам у мужчин (54%) незначительно больше, чем у женщин (46%). Обычно, в образе жизни этих людей присутствует много факторов, которые вызывают гастрит: злоупотребление алкоголем, курение, неправильное питание, несоблюдение диеты, сменная или ночная работа, нервное и физическое переутомление несвоевременное лечение, не своевременное посещение врача.

В результате опроса пациентов с хроническими гастритами, выяснено, что основными предрасполагающими факторами в развитии заболевания являются такие как неправильный распорядок дня, неправильный режим питания, постоянное переедание или длительное неудовлетворение чувства голода; несбалансированный рацион, недостаточное содержание в нём калорий, витаминов, белков, чрезмерное употребление острого, жареного, копченого, консервированных продуктов, жирного, питание в сухомятку. Данный фактор выявлен почти у всех обследуемых 99%. Курение и частое употребление алкоголя определено у 60%, вредное профессиональное воздействие имели 46% проанкетированных. Бесконтрольный приём нестероидных противовоспалительных препаратов отмечен также у 46%.

По данным медицинской документации был выяснен вопрос о распространённости осложнений хронического гастрита. Так первое место среди них занимает язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенный дефект определен у 70% пациентов. На втором месте стоит желудочно-кишечное кровотечение, которое было отмечено у 30% опрошенных. Последнее место занимает мегалобластная анемия 46%.

По результатам анкетирования выяснено, что при поступлении в терапевтическое отделение, пациентам были проведены следующие методы исследования:

- определение концентрации гастрина в сыворотке крови у 66%;
- неинвазивная дыхательная диагностика инфекции *Helicobacter Pylori* у 80% пациентов.

- фиброгастроуденоскопия была проведена у всех обследуемых 100%;
- ультразвуковое исследование печени, желчных путей и поджелудочной железы у 66%;
- микробиологический метод выявления *Helicobacter Pylori* у 85%.
- рентгеноскопия выполнена у 66% обследуемых.

К предупредительным мерам, предпринимаемым для предотвращения возникновения гастритов с хроническим характером течения, относятся соблюдения режима в питании, отказ от курения и употребления алкогольных напитков. Кроме того, должны быть выявлены и подвергнуты лечению другие заболевания желудочно-кишечного тракта. Для пациентов больных хроническими гастритами показаны периодические профилактические диеты и эндоскопический контроль, для своевременного принятия необходимых мер и назначения курса в целях ликвидации рецидивов. Самолечение обострений гастрита происходит комплексно, с индивидуальным подходом на основании определения и одновременной локализации причин возникновения. Путём получения результатов анализов и выявления уровня кислотности и степени изменения слизистой оболочки желудка назначается соответствующее лечение, которое должно проходить в стационарных или амбулаторных условиях под врачебным наблюдением.

В процесс лечения входит соответствующая диета и лекарственные препараты с учётом кислотообразующей функции желудка и желудочного сока, а также сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта и других важных органов.

Нами были предложены рекомендации для пациентов по профилактике гастритов, которые включают в себя:

1. Соблюдать рациональное питание.
2. Избегать стрессовых ситуаций.
3. Соблюдать режим дня.
4. Оказ от вредных привычек.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Медицинской сестре необходимо проводить санитарно-просветительную работу, в период лечения пациента.
2. Разработать памятки для пациентов по вопросам питания, режима труда и отдыха.
3. Уметь грамотно с психологической точки зрения строить профессиональное общение.
4. Проводить беседы о заболевании, о факторах риска обострений, о возможном неблагоприятном исходе заболевания и мерах его предотвращения.
5. Активно участвовать в профилактических мероприятиях для предотвращения развития гастрита.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 «248 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным хроническим гастритом, дуоденитом, диспепсией» // <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=411556#0510552976466186>.
2. Белгородская область в цифрах. 2018: Крат. стат. сб./Белгородстат. - 2018. - 300 с
3. Гастроэнтерология. [Текст] Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 465 с.
4. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс]: национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 940, 976 с.
5. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых. // Российский журнал гастроэнтерологии, колопроктологии и гепатологии. - 2012. - №1. - С. 87-89.
6. Исаков В.А. Диагностика и лечение инфекции, вызванной *Helicobacter pylori*: IV Маастрихтское соглашение. Новые рекомендации по диагностике и лечению инфекции *H. pylori* - Маастрихт IV (Флоренция). Best Clinical Practice. Русское издание. 2012; Вып. 2. - С. 4-23.
7. Казакова А.И. Роль медицинской сестры в уходе за больным гастритом // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 11-4. – С. 684-685.
8. Павлович И.М., Гордиенко А.В., Балабанов А.С. Хронический гастрит. // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости. - 2014. - Т. 69, №3. - С. 23-30.
9. Педиатрия. Национальное руководство [Текст]/ под ред. акад.

РАН и РАМН А.А. Баранова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с.

10. Педиатрия [Текст]: Учебник для медицинских вузов/ Под ред. Н. П. Шаба-П24 лова.- СПб.: СпецЛит, 2003. - 893 с.

11. Рапопорт С.И. Гастриты (пособие для врачей). - М.: ИД «Медпрактика-М», 2010. - 22 с.

12. Ронжин И.В., Пономарева Е.А. Статистика заболеваний желудочно-кишечного тракта: причины, симптомы, профилактика // Молодой ученый. - 2015. - №23. - С. 375-379.

13. Рыбкина Л.Б. Возможности применения опросников для оценки симптомов диспепсии у пациентов с хроническим *Helicobacter pylori*-ассоциированным гастритом // Молодой ученый. - 2016. - №18. - С. 136-141.

14. Лычёв В.Г., Карманов В.К. Основы сестринского дела в терапии. // Ростов-на-Дону – Феникс – 2008. С. 130-131; 250.

15. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. С. 138, 146.

16. Гончарик И.И. Клиническая гастроэнтерология, с. 81.

17. Ройзман С.А. Гастроэнтерология. Домашний лечебник , с. 146.

18. Заболевания органов пищеварения. От ахалазии до язвы» Ю.М. Гаин, С.А. Алексеев с. 26-27.

19. Фармакотерапия хронических болезней органов пищеварения» А.Р. Златкина, с. 14-17.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета.

Сестринский уход при хроническом гастрите.

1. Пол: а) муж; б) жен;
2. Ваш возраст? _____;
3. Место жительства: а) город; б) сельская местность;
4. Социальный статус:
 - а) работающий;
 - б) безработный;
 - в) студент;
 - г) пенсионер;
5. Алкоголь: а) да; б) нет; в) иногда;
6. Курите ли вы? а) да; б) нет;
7. Ваша работа связана с физической нагрузкой, нервным перенапряжением, вредными условиями труда? а) да; б) нет; в) редко;
8. Принимаете ли вы нестероидные противовоспалительные средства? а) да; б) нет;
9. Страдают ли ваши ближайшие родственники хроническими заболеваниями желудка? а) да; б) нет;
10. Бывает ли у Вас нарушение аппетита? а) да; б) нет; в) не всегда;
11. Нарушаете ли Вы диету? а) да; б) нет;
12. Бывают ли у Вас боли в эпигастрии? а) да, во время еды; б) да, сразу после еды; в) нет;
13. Бывает ли у Вас нарушение стула? а) да; б) нет;
14. Беспокоит ли Вас отрыжка, изжога?: а) да; б) нет;
15. Бывает ли у Вас изменение веса? а) да; б) нет;
16. Откуда бы вы хотели получать информацию о своём заболевании?
 - а) журналы;
 - б) индивидуальные беседы;
 - в) интернет;

- г) лекции;
- д) медицинские книги;
- е) памятки;
- ж) радиопередача;
- з) телепередачи;

17. Достаточно ли вы получили информации о своём заболевании от медицинской сестры? а) да; б) нет;

18. Довольны ли вы уходом медперсонала: а) да; б) нет; в) иногда.

19. Находитесь ли вы под диспансерным наблюдением? а) да; б) нет;

20. Посещение врача: а) регулярно; б) в случае ухудшения состояния; в) только при крайней необходимости;

Благодарим за участие!