



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедры хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Земляк Л.В.
Земляк Л.В.
Земляк Л.В.

Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности

(помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)

-1-

Научно-исследовательская работа на тему

«Сифонная клизма. Показания, методы проведения, профилактика возможных осложнений .»

Выполнил:
обучающийся 1 курса 5 группы
По специальности 31.05.02 Педиатрия
Земляк Любовь Викторовна

Волгоград 2018г.

Содержание

1. Введение	3
2. Показания и противопоказания для сифонной клизмы.....	4
3. Оснащение.....	5
4. Алгоритм выполнения.....	6-7
5. Важные моменты в технике постановки сифонной клизмы.....	8
6. Объемы растворов для клизм детям.....	9
7. Осложнения сифонной клизмы.....	10
8. Выводы.....	11
9. Список литературы.....	12

Введение

В норме дефекации должны происходить естественным путем, но подобное не всегда возможно. По различным причинам кишечнику порой нужна помощь, чтобы очиститься и вывести каловые массы. Иногда для этого пациентам назначаются сифонные клизмы. Сифонная клизма – медицинская процедура, при которой в кишечник вводят жидкость через заднее отверстие. Сифонная клизма обычно выполняется в лечебном учреждении. Она применяется при отсутствии эффекта от очистительных, послабляющих клизм и приема слабительных средств. Такую клизму должен назначить лечащий врач после тщательного осмотра и опроса пациента. Делать сифонную клизму по алгоритму особенно важно, так как эта процедура может привести к осложнениям при нарушениях техники постановки.

Показания и противопоказания для сифонной клизмы

- ✓ Показанием для постановки сифонной клизмы является удаление ядов и токсических веществ, попавших в организм через рот. Также такую клизму применяют для диагностики непроходимости кишечника в некоторых случаях. Иногда сифонную клизму делают пациентам перед оперативным вмешательством на кишечнике. Кроме того, такая процедура эффективно удаляет все продукты гниения и брожения из толстого кишечника.
- ✓ Противопоказаниями для сифонной клизмы считаются острое воспаление в области анального отверстия, кровоточащий геморрой, опухоли прямой кишки, острый колит, кровотечение из стенки желудка или кишечника, первые дни после хирургических вмешательств на кишечнике.

Оснащение

Стерильно: лоток с салфетками, система, состоящая из толстой резиновой кишечной трубки, соединённой посредством контрольной стеклянной трубки с другой резиновой трубкой, длиной 1 м, воронка емкостью 1 л, перчатки резиновые, вазелиновое масло.

Нестерильно: кипяченая вода температуры $+37-38^{\circ}\text{C}$ в количестве 10 л, таз, клеенка, пелёнка, клеенчатый фартук, ковш емкостью 1 л, кушетка.

Алгоритм выполнения

1. Проинформировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения и получить от него согласие на проведение манипуляции.
2. Медицинской сестре надеть клеенчатый фартук.
3. Вымыть руки и надеть перчатки
4. Поставить к кушетке таз, на кушетку постелить клеенку так, чтобы ее конец свисал в таз.
5. Уложить больного на кушетку на левый бок с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.
6. Смочить вазелиновым маслом методом полива конец кишечной трубки, который будет введен на 10 см от слепого конца
- 7.левой рукой при помощи салфетки раздвинуть ягодицы, осмотреть анальное отверстие (трещины, геморроидальные узлы) и осторожно ввести в прямую кишку на глубину 30-40 см, соблюдая изгибы кишечника.
8. Держа воронку в наклонном положении немного выше уровня тела больного, наполнить ее водой в количестве 1 л и поднимать выше уровня тела (до высоты 1 м).
9. Как только уровень убывающей воды достигает устья воронки, опустить её ниже уровня кушетки и ожидать пока вода с кишечным содержимым вернется к прежнему уровню воронки. При таком положении воронки хорошо видны пузырьки выходящего вместе с водой газа, движение которого можно наблюдать и в соединительной стеклянной трубке.
10. Затем содержимое воронки вылить в таз. Снова наполнить ее водой, и повторить промывание. При подозрении на кишечную

непроходимость, если не было выделения газов, необходимо сообщить врачу.

11. Промывание проводят до тех пор, пока в ведре есть вода.
12. По окончании процедуры воронку снять, а трубку оставить на 10-20 минут в прямой кишке, опустив ее наружный конец в таз для стока оставшейся жидкости и отхождения газов.
13. Извлечь трубку медленно и аккуратно.
14. Осуществить туалет ануса, при необходимости подмывание пациента
15. Использованные изделия замочить в 3% растворе хлорамина 1 час, затем по ОСТу провести предстерилизационную очистку, стерилизацию.

Примечание: Сифонная клизма - тяжелая для пациента манипуляция, поэтому необходимо внимательно следить за его состоянием во время процедуры. Присутствие врача во время этой процедуры обязательно.

Важные моменты в технике постановки сифонной клизмы

Данная процедура является достаточно неприятной для пациента. Особенно важным является психологический аспект подготовки больного. Заранее надо поговорить с ним о предстоящей сифонной клизме, установить доверительные и конфиденциальные отношения. Чтобы избежать психологического напряжения, важно тщательно изолировать помещение для постановки такой клизмы. Несмотря на то, что в кишечнике никогда не бывает стерильности, сифонная клизма должна выполняться по всем правилам асептики и антисептики. Данная процедура на сегодняшний день в некоторых платных оздоровительных центрах позиционируется как профилактическая. Ее рекомендуют при целом спектре заболеваний и даже просто для избавления организма от шлаков. Конечно, такое применение сифонных клизм не рекомендуется традиционной медициной. Самыми частыми и не самыми опасными осложнениями такого бесконтрольного использования клизмы могут стать дисбактериоз, нарушение моторной функции кишечника, запор.

Объемы растворов для клизм детям

Немаловажным моментом при постановке клизм детям является определение необходимого объема жидкости. Объем зависит от возраста малыша и вида клизмы.

Возраст	Сифонная клизма
1-2 мес.	-
2-4 мес.	800-1000 мл
6-9 мес.	1000-1500 мл
9-12 мес.	1500-2000 мл
2-5 лет	2000-5000 мл
6-10 лет	5000-8000 мл

Осложнения сифонной клизмы

Любая, а особенно сифонная, клизма опасна тем, что вода, введенная в кишечник, может всосаться и поступить в кровоток. Ситуация, когда объем крови вдруг резко увеличивается – смертельно опасна. Это приводит к повышению давления, отекам, затруднению работы всех систем организма. Кишечник человека вообще не рассчитан на внешние воздействия. Любые клизмы травмируют его. Нагрузка, вызванная сифонной клизмой может вызвать кровотечения, прободение кишечной стенки.

Сама манипуляция довольно мучительна для пациента. Если он находится в тяжелом состоянии (в таких состояниях этот метод запрещён!) – во время процедуры самочувствие может резко ухудшиться.

Во всех описанных случаях необходимо немедленное вмешательство врача, применение специфических лекарств и лечебной аппаратуры.

Вывод

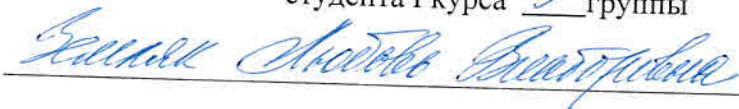
Сифонную клизму считают устаревшей и наиболее травматичной для кишечника из методов его очищения. Но она все равно самая эффективная в сравнении с обычными очистительными процедурами, особенно при длительных кишечных непроходимостях. Сифонная клизма всегда проводится в больнице. Её применяют при недостаточном результате от очистительных клизм и при приёме слабительных лекарств. Такой вид клизмы делается по назначению врача. Обычная клизма не дает очистительного эффекта (при необходимости кишечника вследствие длительных запоров), применяют сифонную клизму. Сифонная клизма заключается в многократном промывании кишечника. Используется принцип сообщающихся сосудов: кишечник-воронка на наружном конце введенного в кишечник зонда.

Литература

1. Михин И.В. Уход за хирургическими больными [Текст]: учебное пособие /Михин И.В., Косивцов О.А.; Минздрав РФ, ВолгГМУ. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. – 96с.:ил.
2. Хирургия. Учебник: А. И. Ковалев — Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2014 г.- 576 с.
3. Чернов В.Н.. Уход за хирургическими больными [Текст]: учебное пособие для студентов. /Чернов В.Н., Маслов А.И., Таранов И.И.. – М.: Академия, 2012. – 236, [2]с.: ил. . – Высшее профессиональное образование. - Библиогр. : с. 235.
4. Кузнецов Н.А. Уход за хирургическими больными: руководство к практ. занятиям /Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В., и др.; под ред. Н.А. Кузнецова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 192с.
5. Андреев Д.А. Уход за больными в хирургическом стационаре [Текст]: учебное пособие/Андреев Д.А., Найман Е.Л., - 3-е издание, доп. и переработанное. – Волгоград: Изд-во Волгоград, 2009. – 192с.: - Библиогр.: с.186-187.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса 5 группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа выявлены непринципиальные недостатки.

Все разделы отражают вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует низкое знание современного состояния изучаемой проблемы.

Обзор литературы основан на анализе нескольких литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на низкий уровень знаний автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы. Сформулированные выводы вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым языком, материалы изложены несвязно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал недостаточно обширен.

Выводы соответствуют полученным результатам, анализ недостаточно глубокий.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб