



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)

ОЦЕНКА 88 БАЛЛОВ
КВ КОЖЕВНИКОВА

Научно-исследовательская работа на тему
**«УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА»**

Выполнил:
обучающаяся 1 курса 2 группы
по специальности 21.05.02 Педиатрия
Малуева Анна Андреевна

Волгоград 2018 г.

Содержание

Введение.....	3
Цель научно-исследовательской работы.....	4
Задачи научно-исследовательской работы.....	5
Основные определения и понятия.....	6
Особенности ухода за детьми с основными симптомами заболеваний желудочно-кишечного тракта.....	7
Роль медицинского персонала при уходе за больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.....	12
Собственное исследование.....	13
Вывод.....	15
Список литературы.....	16

Введение

Система пищеварения представляет собой сложный механизм, от слаженной работы которого в значительной мере зависят состояние ребенка и его здоровье. Если хотя бы один орган дает сбой, это отражается на деятельности всей системы. А нарушение усвоения питательных веществ сказывается и на общем самочувствии, что в дальнейшем влияет на физическое развитие ребенка.

В настоящее время уход за больным ребёнком является важным элементом в комплексе терапевтических мероприятий при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта. С момента поступления ребёнка в стационар должно быть уделено должное внимание не только назначению медикаментозного лечения, но и уходу.

Цель научно-исследовательской работы

Изучить особенности ухода за больными детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Проанализировать выполнение манипуляций по уходу за больными детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта на базе ГУЗ «Детская Клиническая больница №8» Ворошиловского района города Волгограда.

Задачи научно-исследовательской работы

1. Теоретически изучить основные симптомы заболеваний желудочно-кишечного тракта.
2. Теоретически изучить особенности ухода за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
3. Наблюдать за медицинским персоналом больницы как осуществляется уход за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
4. Провести самостоятельно уход за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Основные определения и понятия

1. Желудочно-кишечный тракт – система органов у человека, предназначенная для переработки и извлечения из пищи питательных веществ, всасывания их в кровь и лимфу и выделения из организма непереваренных остатков.

2. Рвота – непроизвольное извержение содержимого желудка (иногда вместе с содержимым кишечника) через рот (реже и через нос).

3. Отрыжка – внезапное непроизвольное, иногда звучное выделение через рот воздуха, скопившегося в желудке или пищеводе (отрыжка воздухом).

4. Назогастральный зонд - это трубка, вводимая больному через носовой ход в пищевод и далее в желудок для дальнейшего осуществления питания и введения лекарственных средств.

Особенности ухода за детьми с основными симптомами заболеваний желудочно-кишечного тракта

Тошнота представляет собой неприятное ощущение в подложечной области, нередко сопровождается побледнением, слюноотделением. Тошнота часто предшествует рвоте. При тошноте больного успокаивают, дают выпить полстакана воды с 2-3 каплями нашатырного спирта.

Рвота у детей возникает часто, особенно в раннем возрасте. Она является признаком многих заболеваний желудочно-кишечного тракта, инфекционных болезней, патологии центральной нервной системы и др. У детей первых месяцев жизни рвота обуславливается избыточным кормлением или заглатыванием воздуха (аэрофагия). Рвота является сложным рефлекторным актом, когда при возбуждении рвотного центра происходит выбрасывание рвотных масс через пищевод, глотку, рот, иногда носовые ходы. От рвоты необходимо отличать срыгивания, которые характеризуются выбросом пищи из пищевода или желудка без напряжения мышц брюшного пресса. При возникновении рвоты необходимо максимально облегчить состояние ребенка, помочь ему. Больного удобно усаживают, закрывают грудь полотенцем, пеленкой или клеенкой, ко рту подносят чистый лоток либо ставят на пол у ног тазик, ведро. Ослабленным больным, находящимся в лежачем положении, следует повернуть голову набок, чтобы она была ниже туловища, поднести лоток. Под голову такого ребенка подкладывают вчетверо сложенное полотенце, чтобы исключить загрязнение постельного белья.

После рвоты необходимо прополоскать рот теплой водой, тщательно вытереть губы и углы рта, убрать с кожных покровов тела попавшие частицы рвотных масс.

У ослабленных больных полость рта протирают салфеткой или ваткой, смоченной теплой водой или дезинфицирующим раствором, например светло-розовым раствором перманганата калия или 2 % раствором

гидрокарбоната натрия. С целью прекращения рвоты ребенку желательно дать выпить холодной воды, проглотить кусочки льда, принять внутрь несколько мятных капель или 2-3 мл 1 % раствора новокаина.

Рвотные массы оставляют до прихода врача, при необходимости направляют в лабораторию в чистой посуде с широким горлом, указав сведения о больном и цель исследования.

Отрыжка воздухом иногда обусловлена заглатыванием его во время еды (аэрофагия), особенно у детей раннего возраста. Чаще всего отрыжка указывает на повышенное давление в желудке. Детям с отрыжкой следует есть медленно, небольшими порциями, тщательно пережевывая пищу, что позволяет избежать переполнения желудка.

Метеоризм – вздутие живота, возникающее вследствие усиленного газообразования и замедленного продвижения газов по кишечнику. Иногда наблюдается при усиленном заглатывании воздуха и чрезмерном употреблении в пищу черного хлеба, молока, картофеля, бобовых, квашеной капусты. Уменьшают или полностью снимают метеоризм с помощью активированного угля по 0,5-1 таблетки 2 раза в день, полифепам, смекты, эспумизана, клизмы с настоем ромашки. Детям раннего возраста и лежачим больным вводят газоотводную трубку, один конец которой (с закругленным краем) смазывается вазелиновым маслом и осторожно вводится в прямую кишку на глубину не менее 10 см, а второй конец опускается в подкладное судно (из трубки может вытекать жидкое содержимое кишечника). Газоотводную трубку можно оставлять в кишечнике не более чем на 30-40 мин, после облегчения состояния больного ее следует осторожно удалить.

Своевременное опорожнение кишечника также помогает устранить метеоризм. Отсутствие в течение 2 дней самостоятельного стула у тяжелых лежачих больных служит показанием для проведения очистительной клизмы.

Запор – задержка стула в течение 2 суток (48 ч) вследствие замедленного опорожнения кишечника. Различают атонические и спастические запоры. Первые возникают при ослаблении кишечной мускулатуры и перистальтики,

вторые – при повышении тонуса мышц в отдельных участках толстой кишки. Для оказания помощи детям с атоническими запорами из рациона исключают легкоусвояемые продукты (сметану, каши и т.п.) и назначают диету, содержащую большое количество растительной клетчатки (капусту, свеклу, чернослив, черный хлеб из муки грубого помола). Таким детям противопоказан сидячий образ жизни. Выработывают ежедневный рефлекс на опорожнение кишечника, используют массаж живота, дают лекарственные средства (ферментные препараты, желчегонные и др.). В отдельных случаях рекомендуют послабляющие средства, в основном растительного происхождения (ревень, кору крушины), реже солевые (20 % раствор сульфата магния по 1 чайной ложке натощак). Следует помнить о необходимости подбора индивидуальной дозы слабительных для детей.

Из рациона детей, страдающих спастическими запорами, исключают грубую пищу, богатую клетчаткой. Рекомендуется больше двигаться, приучаться к опорожнению кишечника в определенное время. Назначают лекарственные средства, успокаивающие нервную систему (валериана, бромиды). При упорных запорах ставят очистительные клизмы.

Понос (диарея) наиболее часто возникает при кишечной инфекции и связан с действием патогенных микроорганизмов и усиленной перистальтикой кишечника. Реже наблюдается при кишечном дисбактериозе, недостаточности поджелудочной железы, хроническом энтерите. Наличие в каловых массах большого количества слизи, крови, как правило, указывает на поражение толстой кишки. С момента появления поноса необходимо давать ребенку дополнительное количество жидкости, чтобы избежать дегидратации (обезвоживания).

Помощь ребенку с острым гастритом. Заболевание встречается у детей любого возраста и возникает вследствие алиментарных погрешностей (переедание, недоброкачественная пища, нарушения режима питания), при токсикоинфекциях, приеме некоторых лекарственных препаратов (бромидов). Ребенку назначают строгий постельный режим, промывают желудок 0,5-1 %

раствором натрия гидрокарбоната, изотоническим раствором натрия хлорида, минеральной или теплой водой. Делают сифонную клизму или дают слабительные (магния сульфат из расчета 1 г на 1 год жизни в 50-100 мл воды). На подложечную область кладут грелку, на живот – согревающие компрессы. Назначают обильное питье, диету, адсорбирующие средства (активированный уголь, полифепан, смекту), антибактериальные и спазмолитические средства.

Помощь ребенку с пищевой аллергией. Аллергеном у ребенка может стать практически любой пищевой продукт. Хотя пищевую аллергию выделяют как отдельное заболевание, часто она может являться этиологическим фактором, вызывающим атопический дерматит, экзему, энурез, диарею, отит, поллиноз, бронхиальную астму и др. В свою очередь, аллергию на белки коровьего молока рассматривают как отдельное заболевание или как вариант пищевой аллергии. К числу продуктов питания, идентифицированных как аллергенные, относят более 160 пищевых продуктов. На долю 8 из них приходится более 90% всех аллергических реакций на пищу. В «большую восьмерку» включены: коровье молоко, яйца, рыба, ракообразные, арахис, соя, орехи, пшеница.

При пищевой аллергии сильно выражена зависимость реакции от дозы аллергена. Тяжелые реакции на минимальное количество аллергена возможны только при очень высокой степени сенсибилизации к конкретным видам пищи (рыба, яйца, орехи). При низкой сенсибилизации больные дети принимают небольшие количества аллергенного продукта совершенно без последствий, за исключением детей раннего возраста.

Основной метод лечения – исключение продукта, который стал причиной пищевой аллергии, из рациона больного. Принципиально у детей с пищевой аллергией возможно проведение 3 типов элиминационных диет:

1. исключение из рациона одного или несколько продуктов, вызывающих аллергию;

2. определение разрешенных продуктов и элиминация всех остальных (олигоантигенная диета);

3. элементная диета (гидролизные или аминокислотные смеси).

Всем детям из группы риска по развитию пищевой аллергии дают однокомпонентные продукты – каши без молока и сахара, состоящие из одного вида зерна, фруктовые или овощные пюре и соки из одного вида фрукта или овоща. К продуктам низкой степени аллергенности относят тыкву, кабачок, цветную капусту, зеленое яблоко, сливу, грушу, рисовую кашу, индейку. Детям с пищевой аллергией на первом году жизни достаточно 1 вида каш, 1 вида мяса, 1-2 видов овощей и фруктов. Имеются смеси для вскармливания здоровых детей из группы риска по развитию пищевой аллергии: «Нутрилон гипоаллергенный 1 и 2», «Nutricia», Голландия).

Для снятия острых проявлений пищевой аллергии применяют различные антигистаминные препараты преимущественно 2-го поколения. Но при определенных показаниях назначаются инъекционные формы H1-блокаторов 1-го поколения. Такие препараты, как дезлоратадин, лоратадин, выпускаются в виде сиропа и практически не имеют возрастных ограничений к применению. Продолжительность курсового лечения составляет 7-10 дней.

Основой лечения тяжелых аллергических реакций, обусловленных пищевыми аллергенами, является адреналин и кортикостероидные гормоны преднизолон).

Для улучшения процессов расщепления антигенных субстанций пищи, коррекции ферментативных и дисбиотических нарушений, наблюдающихся при пищевой аллергии, применяют энтеросорбенты (полифепан, энтеросорб, активированный уголь), ферментные препараты (фестал, креон, панзинорм и др.) и пробиотики (аципол, бактиспорин, бифиформ, бактисубтил, энтерол). Эти средства назначают в острый и подострый период пищевой аллергии, а также в качестве профилактических средств.

Роль медицинского персонала при уходе за больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта

Первостепенной задачей ухода за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта является, наряду с соблюдением лечебно-охранительного режима, организация лечебного питания и водного рациона. Серьезное внимание уделяют тщательному уходу за полостью рта и функционированию кишечника. Младший медицинский персонал ежедневно проводит гигиену детей, помогает среднему медицинскому персоналу при кормлении тяжелобольных детей.

Собственное исследование

В отделении анестезиологии и реанимации ГУЗ ДКБ №8 уделяется большое внимание уходу за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Ежедневно, каждое утро, и по мере необходимости проводится гигиена детей (обмывание лица, промывание глаз, очищение носовых ходов), обязательно проводится смена подгузника.

Алгоритм смены подгузника:

1. Провести гигиеническую обработку рук.
2. Подготовить место (постелить клеенку, подготовить чистый подгузник).
3. Положить ребенка, снять грязный подгузник, обработать кожу.
4. Развернуть новый подгузник. Приподняв ножки ребенка, подсунуть заднюю часть памперса под спинку. Боковые застежки расстегнуть.
5. Расправить переднюю часть подгузника, поправить резинки на ножках. При помощи липучек-застёжек закрепить памперс на передней части. Между животиком ребёнка и закреплённым подгузником должен свободно проходить палец.
6. Использованный подгузник взвешивается (сведения об его массе заносятся в «Лист наблюдения»), после чего подлежит утилизации.

Некоторым детям с заболеваниями желудочно-кишечного тракта устанавливается назогастральный зонд. Кормление таких детей имеет свои особенности.

Алгоритм кормления детей с назогастральным зондом:

1. Провести гигиеническую обработку рук.
2. Пациенту придается положение с возвышенным головным концом.
3. Наружный конец зонда опускается на уровень желудка.
4. Ближе к концу зонда накладывается зажим.
5. К соединительному порту присоединяется шприц Жане с питательной смесью.

6. Конец зонда с шприцем поднимается на уровень 40-50 см выше уровня желудка.
7. Зажим снимается.
8. Постепенно питательная смесь вводится в желудок. Желательно, чтобы смесь вводилась без давления. 300 мл смеси вводят за 10 минут.
9. Зонд промывается из другого шприца кипяченой водой (20-50 мл).
10. Вновь накладывается зажим.
11. Зонд опускается до уровня желудка, зажим над лотком снимается.
12. Заглушка закрывается.

Часто у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта после кормления начинается рвота.

Алгоритм ухода за детьми во время рвоты:

1. Провести гигиеническую обработку рук.
2. Больного удобно усадить, закрыть грудь полотенцем или пеленкой.
3. Ко рту поднести чистый лоток.

Если ребенок находится в ослабленном состоянии в лежачем положении то, следует повернуть голову набок, чтобы она была ниже туловища, поднести лоток. Под голову такого ребенка подкладывают вчетверо сложенное полотенце, чтобы исключить загрязнение постельного белья.

4. После рвоты необходимо прополоскать рот теплой водой, тщательно вытереть губы и углы рта, убрать с кожных покровов тела попавшие частицы рвотных масс. У ослабленных больных полость рта протирают салфеткой или ваткой, смоченной теплой водой.

Вывод

Уход за больными детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта является неотъемлемой частью во время проведения различных терапевтических мероприятий. Ежедневная гигиена, кормление, уход за ребенком во время рвоты, а также контроль за стулом пациентов способствуют облегчению состояния детей, а также оказывает положительный эффект при организации лечения.

Список литературы

1. Медицинские манипуляции и навыки в педиатрии : учеб. пособие / Н.С. Парамонова [и др.] ; под ред. Н.С. Парамоновой. – Минск : Новое знание, 2015. – 207 с. : ил.
2. Общий уход за больными терапевтического профиля : учеб. пос. / Н.В. Ослопов, О.В. Богоявленская. - 4-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. : ил.
3. Общий уход за детьми: учебное пособие. Запруднов А.М., Григорьев К.И. 4-е изд., перераб. и доп. 2013. - 416 с.: ил.
4. Организация специализированного сестринского ухода: учебное пособие. Корягина Н.Ю. и др. / Под ред. З.Е. Сопиной. 2013. - 464 с.: ил.
5. Тульчинская В.Д. Сестринское дело в педиатрии / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова; под ред. Р.Ф. Морозовой. – Изд. 20-е, испр. – Ростов н/Д : Феникс, 2015. – 383 с. – (Среднее медицинское образование).

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» обучающегося 1 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 2 группы

Маицева Анна Андреевна

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

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

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

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



К.В. Кожевникова