

ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа  
**«Клизмы. Показания и методика проведения.»**

**Выполнила:**

Студентка \_\_2\_\_ курса \_\_6\_\_ группы  
педиатрического факультета  
Мызникова Алёна Валерьевна

## Оглавление

|  |    |
|--|----|
| Введение.....  | 3  |
| Цель .....   | 4  |
| Задачи .....   | 5  |
| Основные определения и понятия.....                        | 6  |
| Теоретическая часть .....                                  | 7  |
| Роль палатной медицинской сестры в постановке клизмы ..... | 13 |
| Собственное исследование .....                             | 14 |
| Вывод .....  | 15 |
| Список литературы.....                                     | 16 |

## Введение

Клизма — это введение жидкости в нижний отдел толстого кишечника с лечебной или диагностической целью. Ее проводят с целью очищения толстой кишки, устранения запора, лечения отравления, перед родами и хирургическим вмешательством. Клизма позволяет вести в прямую лекарственные травы и медикаменты.

## Цель

Изучить технику проведения клизмы и показания к ее проведению.

## Задачи

- 1) Изучить показания к проведению клизмы
- 2) Изучить технику проведения клизмы
- 3) Разобраться какую роль играет палатная медицинская сестра при постановке клизмы

## Основные определения и понятия

*Клизма — это введение жидкости в нижний отдел толстого кишечника с лечебной или диагностической целью.*

Масляные клизмы – клизмы которые применяют для мягкого очищения кишечника, а также при упорных запорах.

Очистительные клизмы - клизмы которые назначают для освобождения кишечника от каловых масс и газов.

Гипертонические клизмы – клизмы которые используют для стимулирования перистальтики кишечника.

## Теоретическая часть

Клизма — это введение жидкости в нижний отдел толстого кишечника с лечебной или диагностической целью. В зависимости от цели различают два вида клизм: освобождающие (очистительная, послабляющая, сифонная) и вводящие (лекарственная).

Очистительные клизмы назначают для освобождения кишечника от каловых масс и газов. Они применяются при запорах, пищевых отравлениях, для подготовки больного к эндоскопическим методам обследования (ректоскопии, колонофиброскопии), рентгенологическому исследованию желудка, кишечника, почек, для выполнения ультразвукового исследования органов брюшной полости, перед операциями, введением лекарственных средств. Противопоказаниями являются воспалительные изменения в нижнем отрезке толстой кишки, геморрой, выпадение слизистой оболочки прямой кишки, подозрение на аппендицит, кишечные кровотечения.

Для очистительной клизмы используют воду комнатной температуры, которую вводят при помощи баллона с мягким наконечником. Для постановки клизмы детям первых 2-3 месяцев жизни используют грушевидные баллоны (емкость - около 50 мл), 6 месяцев (75-100 мл), годовалым (150 мл), детям 2-5 лет (180-200 мл), 6-12 лет (200-250 мл). Для очистительных клизм детям старшего возраста используют кружку Эсмарха.

Перед употреблением грушевидный баллон стерилизуют кипячением. Наполняют его жидкостью (вода или лекарственные растворы), удаляют воздух, слегка сжимая баллон до появления жидкости из обращенного кверху наконечника. Наконечник смазывают вазелином. Ребенка грудного возраста обычно укладывают на спину с приподнятыми кверху ногами, детей более старшего возраста - на левый бок, с подтянутыми к животу нижними конечностями. Наконечник баллона вводят осторожно. В положении больного на спине наконечник направляют вперед и несколько кпереди, далее, преодолев без усилия наружный и внутренний сфинктеры анального отверстия, немного кзади. Наконечник вводят на глубину 3-5 см детям младшего возраста, на 6-8 см - старшего возраста и постепенно сжимают баллон. После опорожнения баллона, не разжимая его, осторожно выводят наконечник. Для удержания введенной жидкости в кишечнике рукой сжимают на несколько минут ягодицы ребенка, после чего происходит дефекация (опорожнение). Количество жидкости для очистительной клизмы зависит от возраста ребенка и показаний к ее выполнению.



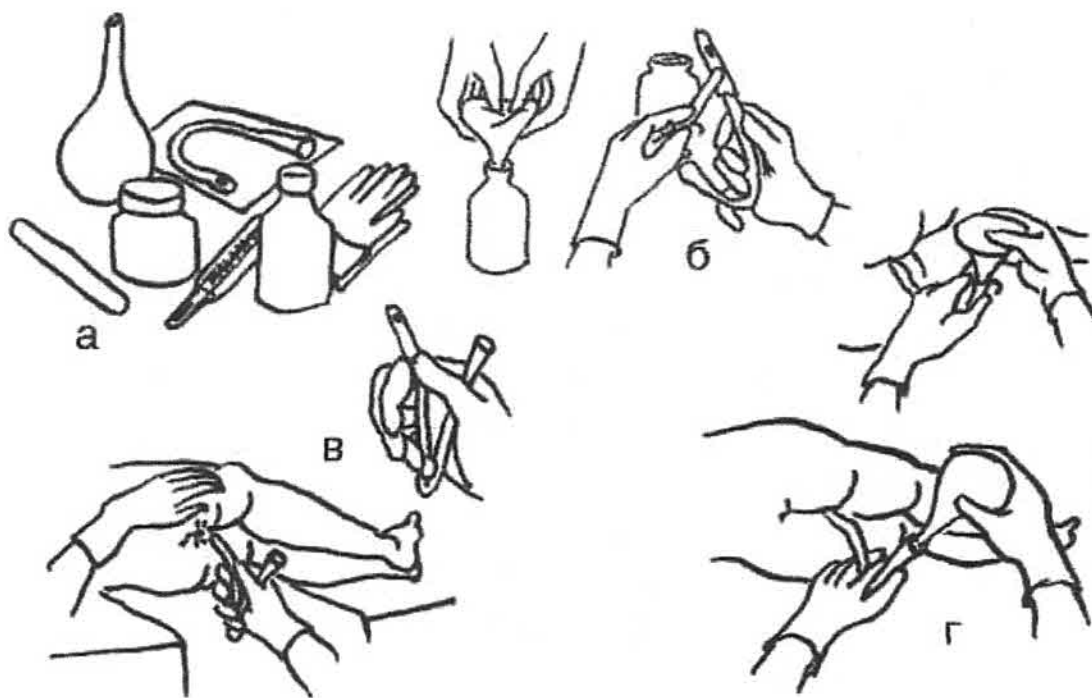


Рис 1. Очистительная клизма (грушевидный баллон)

Для введения большего количества жидкости, особенно детям старшего возраста, используют кружку Эсмарха. Процедуру выполняют в положении ребенка на левом боку с согнутыми и подтянутыми к животу ногами. Под ягодицы подкладывают клеенку, свободный край которой опускают в таз на случай, если ребенок не сможет удержать жидкость. Кружку Эсмарха наполняют водой комнатной температуры до 1 л и подвешивают на штативе на высоту 50-75 см. Открыв кран, выпускают воздух и небольшое количество воды из резиновой трубки. Резиновый наконечник смазывают вазелином и, раздвинув ягодицы ребенка, вводят в анальное отверстие. Первые 2-3 см наконечника продвигают кпереди по направлению к пупку, далее кзади параллельно копчику на глубину 5-8 см.

Скорость введения жидкости регулируется краном на резиновой трубке. При затруднении поступления жидкости, например в том случае, если кал твердый, трубку извлекают на 1-2 см и поднимают кружку Эсмарха на 20-30 см. Изменяют также направление наконечника, просят ребенка сильнее согнуть ноги, подвести их к животу, что приводит к расслаблению передней брюшной стенки. Если в процессе постановки очистительной клизмы появляется чувство распирающих из-за скопившихся газов, то кружку следует опустить ниже уровня кровати; после отхождения газов кружку постепенно поднимают. После завершения процедуры наконечник осторожно извлекают. Больной находится в положении лежа 8-10 мин до тех пор, пока не усилится перистальтика кишечника и не появится позыв на дефекацию.



Для усиления перистальтики кишечника к жидкости добавляют различные вещества: хлорид натрия (поваренная соль, 1-2 столовые ложки на 1 л воды), глицерин или растительное масло (1-2 столовые ложки), настой или отвар ромашки (1 стакан). При атонических запорах послабляющий эффект возникает при температуре жидкости 18-20 °С, при спастических - 37-38 °С.

По окончании процедуры грушевидные баллоны и резиновые наконечники моют горячей водой и кипятят. Кружку Эсмарха промывают, досуха вытирают и покрывают марлей.

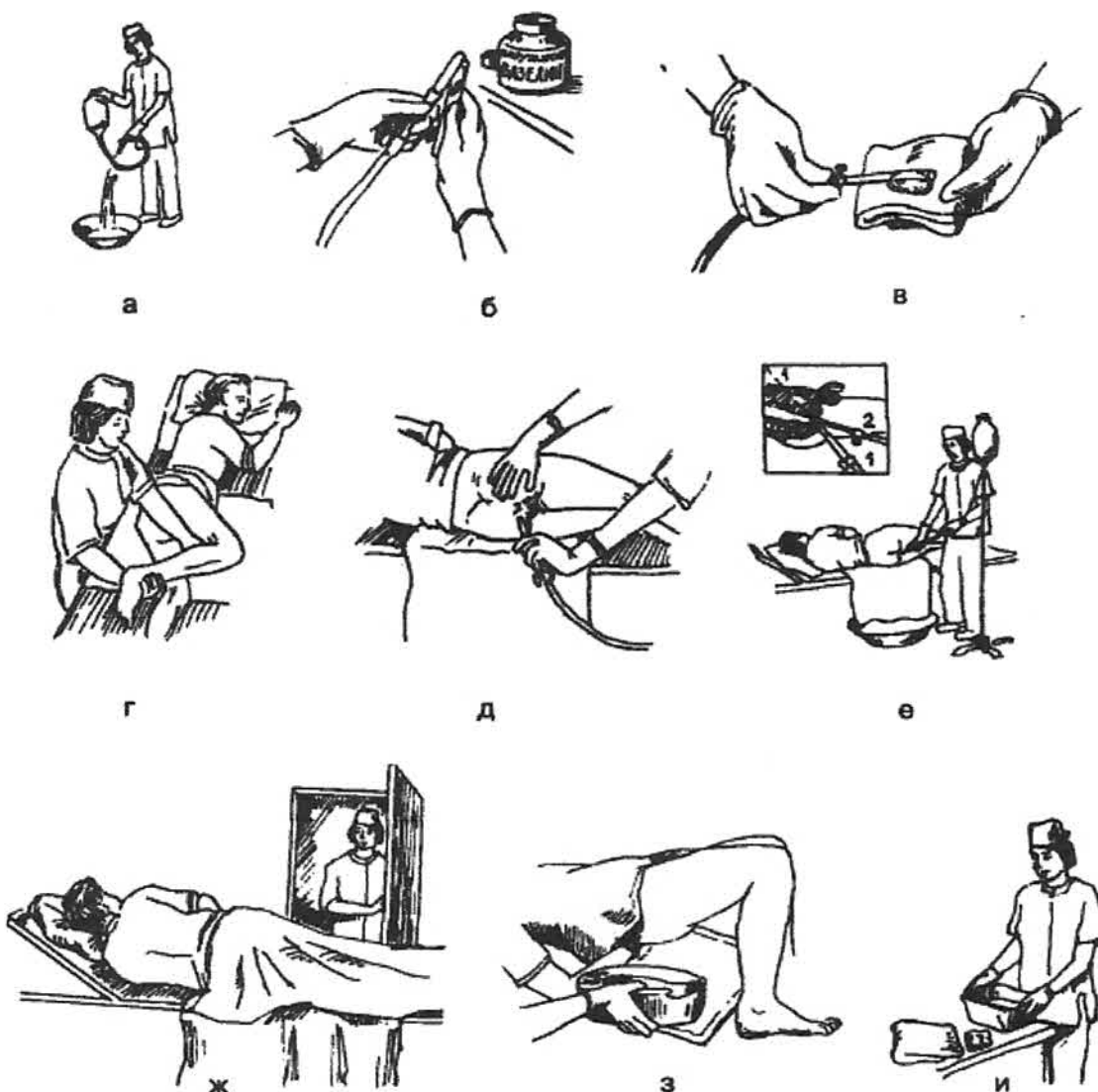


Рис. 2. а. удаление воздуха б. смазывание наконечника вазелином в. удаление излишек вазелина г. положение на левом боку, с подтянутыми к животу нижними конечностями д. раздвинув ягодицы ребенка, вводят наконечник в анальное отверстие е. первые 2-3 см наконечника продвигают кпереди по направлению к пупку, далее кзади параллельно копчику на глубину 5-8 см ж. больной находится в положении лежа 8-10 мин з. подставляют судно, для акта дефикации

К очистительным клизмам относятся масляные, гипертонические, сифонные.

Масляные клизмы применяют для мягкого очищения кишечника, а также при упорных запорах. Используют растительные масла (подсолнечное, льняное, оливковое, конопляное и вазелиновое), которые предварительно подогревают до температуры 37-38 °С. На грушевидный баллон надевают резиновый наконечник, осторожно вводят его на глубину 10-12 см в прямую кишку. Можно пользоваться шприцем с надетым на него резиновым катетером. Для процедуры используют от 20 до 80 мл масла в зависимости от возраста ребенка. После введения масла необходимо уложить ребенка на живот на 10-15 мин, чтобы масло не вытекало. Поскольку очистительный эффект наступает через 8-10 ч, процедуру рекомендуется делать вечером.

Гипертонические клизмы используют для стимулирования перистальтики кишечника. Показанием для гипертонической клизмы служат атонические запоры, противопоказанием - воспалительные и язвенные процессы в нижнем отделе толстой кишки. Для клизмы применяют гипертонические растворы: 5-10 % раствор хлорида натрия (1 столовая ложка на стакан воды), 20-30 % раствор сульфата магния. При помощи резиновой груши с наконечником вводят в прямую кишку 50-70 мл раствора при температуре 25-30 °С в зависимости от возраста ребенка. Послабляющий эффект обычно наступает через 20-30 мин, в течение этого времени больной должен лежать.

Сифонные клизмы ставят преимущественно детям старшего возраста. Показаниями являются необходимость удаления всех каловых масс или ядовитых продуктов, попавших в кишечник в результате отравления химическими или растительными ядами. Такие клизмы рекомендуются при неэффективности обычных очистительных клизм, а также подозрении на кишечную непроходимость. Сифонные клизмы противопоказаны при аппендиците, перитоните, желудочно - кишечных кровотечениях, заболеваниях прямой кишки, в первые дни после операции на органах брюшной полости.

Через резиновую трубку диаметром 0,8-1,0 мм и длиной до 1,5 м (один конец трубки заканчивается воронкой, другой - наконечником) в несколько приемов вводят в прямую кишку от 5 до 10 л чистой воды, подогретой до 37-38 °С, либо дезинфицирующей жидкости (слабый раствор перманганата калия, раствор гидрокарбоната натрия). Смазанный вазелином конец трубки вводят через анальное отверстие в кишечник на глубину 20-30 см. Воронку заполняют водой из кувшина и поднимают на высоту 50-60 см над кроватью, а затем опускают до уровня таза ребенка, не удаляя резиновую трубку из прямой кишки. По закону сообщающихся сосудов вода с содержащимися каловыми



массаами возвращается в воронку, и содержимое выливают в таз (рис. 66). Процедуру повторяют несколько раз подряд до появления чистой воды. Затем резиновую трубку осторожно извлекают, всю систему моют и кипятят.

Необходимо тщательно соблюдать все технические правила, а при постановке «высоких» клизм - помнить о таком грозном осложнении, как каловая интоксикация. Последняя возникает у больных с непроходимостью кишечника и при несвоевременной эвакуации введенной жидкости. Постановка сифонной клизмы проводится под обязательным контролем врача.

Примечания: сразу после введения в кишечник воды следует подставить под пациента судно. После опорожнения кишечника пациента необходимо подмыть. Если пациент на строгом постельном режиме и ему нельзя повернуться на бок, то клизму можно поставить в положении пациента на спине с согнутыми в коленях и разведенными ногами. На случай не удержания пациентом воды в кишечнике рекомендуется к краю кушетки поставить таз, а клеенка должна свисать над тазом.

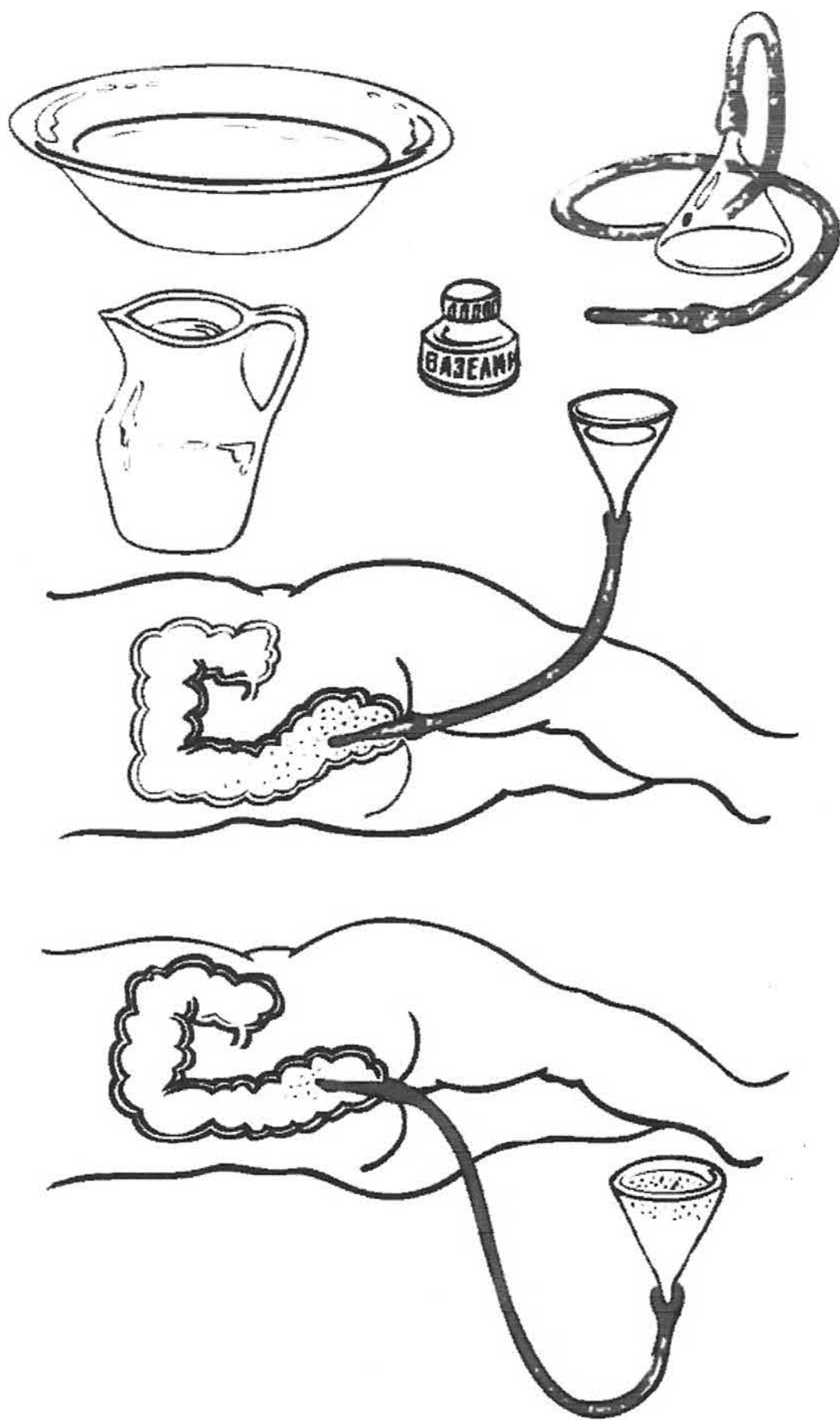


Рис. 3. Постановка сифонной клизмы.

## Роль палатной медицинской сестры в постановке клизмы

Медицинская сестра должна объяснить пациенту цель манипуляции и необходимость его проведения, психологически настроить пациента, получить согласие на проведение процедуры.

- Объяснить пациенту как будет проводиться манипуляция, сколько примерно это займет.
- Медсестра должна приготовить все для проведения манипуляции.
- Помочь пациенту принять положение.
- Произвести манипуляцию.
- Принести пациенту судно и оставить одного для акта дефекации.
- Подмыть пациента.
- Сопроводить пациента до палаты.

## Собственное исследование

Исследование проводилось в ДКБ №8 в отделении реанимации. Для проведения манипуляции используют одноразовые кружки Эсмарха фирмы «Алайф» емкостью 2000 мл.

Берут кружку Эсмарха наливают в нее раствор.

После перекрытия трубки при помощи запорного механизма, заполняют емкость необходимым количеством раствора.

Удаляют воздух из системы, вновь перекрывают подачу раствора.

Процедуру выполняют в положении ребенка на левом боку с согнутыми и подтянутыми к животу ногами.

Под ягодицы подкладывают клеенку, свободный край которой опускают в таз на случай, если ребенок не сможет удержать жидкость.

Кружку Эсмарха подвешивают на штативе на высоту 50-75 см.

Резиновый наконечник смазывают вазелином и, раздвинув ягодицы ребенка, вводят в анальное отверстие.

После процедуры пациента подмывают.



## Вывод

*За время прохождения производственной практики в качестве помощника палатной медицинской сестры в ГУЗ « Детской клинической больнице №8»*

Мной была освоена теоретическая база на основе имеющихся учебников и пособий. На основе теоретической базы был проведен анализ как производят подготовку к данной манипуляции. Какая роль отводится палатной медицинской сестре при подготовке больного к предстоящей процедуре и последующий контроль за его состоянием.

## Список литературы

1. *Общий уход за детьми: учебное пособие / Запруднов А.М., Григорьев К.И. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013.*
2. Капитан Т.В.-Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: учебник/ Т.В. Капитан.-3-е изд., доп.- М.: МЕДпресс-информ, 2013
3. *Общий уход за больными в терапевтической клинике: учебное пособие / В.Н. Ослопов, О.В. Богоявленская - 3-е изд., - 2013. - 464 с.*
4. Гребенев А. Л., Шептулин А. А. Основы общего ухода за больными.- М.: Медицина, 2013.
5. Обуховец Т.П., Склярова Т.А., О.В.Чернова. Основы сестринского дела. Ростов-на-Дону. «Феникс», 2013.
6. <https://www.webkursovik.ru/kartgotrab.asp?id=-127537>
7. Вахитов Ш.М., Нуриева Э.И. Роль медицинских сестер в современном здравоохранении // Казанский медицинский журнал. – 2010
8. <http://sestrinskoe-delo.ru/manipulyatsii/postanovka-ochistitelnoy-klizmi-algorithm>
9. [http://vmede.org/sait/?page=27&id=Pediatriya\\_ob\\_uxod\\_Zaprudnov\\_2009&menu=Pediatriya\\_ob\\_uxod\\_Zaprudnov\\_2009](http://vmede.org/sait/?page=27&id=Pediatriya_ob_uxod_Zaprudnov_2009&menu=Pediatriya_ob_uxod_Zaprudnov_2009)

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-исследовательская работа)» обучающегося 2 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 6 группы

Мызжникова Елена Валерьевна

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 проведенного 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, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные 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 глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. 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 обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

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

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Большакова