

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения и социального развития России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа на тему:

«Энтеральный путь введения лекарственных препаратов»

Выполнил:

Обучающийся 2 курса 9 группы

Педиатрического факультета

Мышанский Роман Анатольевич

Содержание

Введение.....	3
Цель НИР.....	3
Задачи НИР.....	3
Основные термины и понятия.....	4
Теоритическая часть НИР.....	5
Пероральное введение.....	5
Введение лекарств через прямую кишку.....	6
Сублингвальное введение лекарств.....	7
Трансбуккальное введение лекарств.....	7
Ингаляционный способ введения лекарств.....	8
Роль медицинского персонала.....	10
Собственное исследование.....	11
Сонапакс.....	12
Феназепам.....	14
Финлепсин.....	15
Циклодол.....	16
Прозерин.....	18
Галоперидол.....	19
Вывод.....	20
Литература.....	21

Введение.

Лекарственные средства могут оказывать резорбтивное (через кровь) и местное действие. В зависимости от механизма действия лекарственных средств различают пути их введения. Резорбтивное действие осуществляется энтеральным (через пищеварительный тракт), парентеральным (минуя пищеварительный тракт) и сублингвальным путем.

Мы рассмотрим энтеральный путь введения лекарственных препаратов. Данный тип наиболее распространен, удобен в применении, сравнительно безопасен по сравнению с другими путями введения, так же данный путь характеризуется отсутствием осложнений, присущих парентеральному.

Цель научно-исследовательской работы.

Ознакомиться с методикой энтерального введения лекарственных средств, а так же изучить основные способы энтерального введения (пероральный; сублингвальный и буккальный; ректальный). Ознакомиться с методикой раздачи лекарственных средств.

Задачи научно-исследовательской работы.

- 1) Изучить научную литературу по данной теме.
- 2) Исследовать существующие способы энтерального введения лекарственных препаратов.
- 3) Выяснить какую роль играет мед.персонал в выполнении данной манипуляции
- 4) Провести собственное исследование
- 5) Подвести итоги в своей научно-исследовательской работе.

Основные термины и понятия.

- Лекарственный препарат - вещество или смесь веществ синтетического или природного происхождения в виде лекарственной формы (таблетки, капсулы, растворы, мази и т. п.), применяемые для профилактики, диагностики и лечения заболеваний.
- Лекарственная доза - придаваемое лекарственному средству или лекарственному растительному сырью удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.
- Энтеральный путь - введение лекарственных веществ через желудочно-кишечный тракт.
- Доза — это количество лекарственного вещества (в миллилитрах — мл, граммах — г, единицах действия — ЁД) для однократного приема, зависит от массы тела и возраста человека (ребенок, взрослый, пожилой).
Назначаемые дозы препаратов:
Ø разовая — на один прием;
Ø ударная (высшая разовая) — максимальное количество лекарственного вещества на один прием;
Ø суточная — предельное количество препарата в сутки;
Ø курсовая — прием лекарства на один лечебный цикл.
- Пероральный путь введения (per os) Введение лекарственных веществ через рот наиболее доступно и распространено. При приеме внутрь препараты действуют медленно, абсорбируясь слизистой оболочкой желудочно-кишечного тракта. Всасывание происходит, в основном, в тонком кишечнике; в печени возможна инактивация препаратов затем, поступая в кровоток, они оказывают общее (системное) действие.
- Сублингвальный путь введения - применение лекарственных веществ под язык (sub lingua).
- Ректальный путь введения - путь введения лекарственных веществ через прямую кишку (per rectum).
- Дуоденальный путь введения – введение лекарственного средства через 12-перстную кишку.
- Биодоступность — часть введенной дозы лекарственного вещества, которая в неизменном виде достигла системного кровотока
- Ингаляция - метод введения лекарственных средств, основанный на вдыхании газа, пара или дыма.
- Ингалятор - аппарат для введения лекарственных средств методом ингаляции.

Теоритическая часть научно-исследовательской работы.

Энтеральное введение лекарственных средств

Внутрь (энтерально, через ЖКТ) лекарство вводят через рот (*per os*, перорально), через прямую кишку (*per rectum*, ректально), закладывая за щёку (*trans bucca*, трансбуккально) и под язык (*sub lingua*, сублингвально).

✓ Пероральное введение лекарств

Введение лекарств через рот (*per os*) - наиболее частый способ, позволяющий вводить лекарства в самых различных формах и в нестерильном виде. При приёме внутрь лекарственный препарат всасывается преимущественно в тонкой кишке, через систему воротной вены поступает в печень и затем в общий кровоток. В зависимости от состава препарата и его свойств терапевтическая концентрация лекарственного вещества при таком способе введения достигается в среднем через 30-90 мин после приёма.

Недостатки перорального способа введения лекарственных препаратов следующие.

1. Медленное поступление лекарства в системный кровоток (в зависимости от наполнения желудка, свойств пищи, всасываемости лекарства); всасывание через слизистую оболочку желудка происходит медленно, причём всасываются только жирорастворимые вещества, в основном же процесс всасывания происходит в кишечнике. Тем не менее, медленное поступление лекарственного вещества в кровоток не всегда является недостатком: так, существуют лекарственные формы, специально разработанные для длительного и равномерного поступления вещества в системный кровоток после однократного приёма внутрь.
2. Изменение лекарства вплоть до его полного разрушения под влиянием желудочного и кишечного соков, а также в результате взаимодействия с пищевыми веществами (адсорбция, растворение, химические реакции) и вследствие химических превращений в печени. Однако некоторые лекарственные вещества специально выпускаются в виде неактивной субстанции, которая становится действующим веществом только после соответствующей трансформации (метаболизма) в организме. Так, например, современный высокоэффективный антигипертензивный (гипотензивный) препарат ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (ингибитор АПФ) фозиноприл («Моноприл») фактически является пролекарством и, прежде чем оказать свое действие, он должен преобразоваться (метаболизироваться) в слизистой оболочке ЖКТ и частично в печени в свою активную форму - фозиноприлат.

3. Невозможность предусмотреть создающуюся концентрацию лекарства в крови и тканях из-за неопределённой скорости всасывания и количества всасываемого вещества. Особенно сильно изменяют скорость и полноту всасывания препаратов заболевания ЖКТ и печени.

Через рот вводят лекарства в форме порошков, таблеток, пилюль, драже, капсул, растворов, настоев и настоек, отваров, экстрактов, микстур (смесей).

- Таблетки, пилюли, драже, капсулы принимают, запивая водой.
- Порошок медсестра высыпает больному на корень языка и даёт запить водой. Для детей таблетки и пилюли разводят в воде и дают выпить взвесью.
- Растворы, настои, отвары и микстуру взрослые получают по столовой ложке (15 мл), дети - по чайной (5 мл) или десертной ложке (7,5 мл). Удобно для этой цели пользоваться градуированной мензуркой. Жидкие лекарства неприятного вкуса запивают водой. Так, 15% раствор диметилксибутилфосфонилдиметилата («Димефосфона»), имеющий горький вкус, рекомендуют запивать молоком, фруктовым соком или сладким чаем.
- Спиртовые настойки и некоторые растворы (например, 0,1% раствор атропина) больные получают в виде капель. Нужно количество капель отсчитывают пипеткой или прямо из флакона, если он имеет специальное для этого приспособление - вмонтированную капельницу.

Перед приёмом капли разводят небольшим количеством воды и запивают водой. В 1 г воды содержится 20 капель, в 1 г спирта - 65 капель.

✓ **Введение лекарств через прямую кишку**

Через прямую кишку (*per rectum*) вводят жидкие лекарства (отвары, растворы, слизи) с

помощью грушевидного баллона (лекарственной клизмы) и свечей (суппозиториев). При таком способе введения лекарственные вещества оказывают местное воздействие на слизистую оболочку прямой кишки и общее резорбтивное действие, всасываясь в кровь через нижние геморроидальные вены.

Преимущества введения лекарств через прямую кишку следующие.

1. Быстрое всасывание и большая точность дозирования.
2. Лекарство не подвергается воздействию пищеварительных ферментов (их в прямой кишке нет) и через нижние геморроидальные вены поступает непосредственно в нижнюю полую вену (т.е. в системный кровоток), минуя печень.
3. Ректальный способ обеспечивает возможность введения лекарственного средства:
 - больным, которые не могут принять его через рот из-за рвоты, непроходимости пищевода, нарушения глотания;
 - больным, находящимся в бессознательном состоянии;
 - детям, отказывающимся принимать лекарство;
 - психическим больным, отказывающимся принимать лекарство;

• при возбуждении (бредовом состоянии), когда приём лекарств через рот невозможен, а впрыскивание трудновыполнимо и сопряжено с опасностью. В этих случаях введение успокаивающих средств с лекарственной клизмой (например, раствора хлоралгидрата) даёт возможность успешно бороться с возбуждением. Однако отсутствие в прямой кишке ферментов препятствует всасыванию многих лекарств белковой, жировой и полисахаридной структуры, которые не могут пройти через кишечную стенку без участия ферментов, и применение их возможно только с целью местного воздействия. В нижнем отделе толстой кишки всасываются только вода, изотонический раствор натрия хлорида, раствор глюкозы и некоторые аминокислоты. Раствор лекарства в количестве 50-200 мл вводят в прямую кишку на глубину 7-8 см. Перед этим больному ставят очистительную клизму. Свечи (суппозитории) применяют фабричные или (реже) изготавливают в аптеке на жировой основе, придают им форму удлинённого конуса и заворачивают в вощёную бумагу. Хранить суппозитории лучше в холодильнике. Перед введением заострённый конец свечи освобождают от бумаги и вводят в прямую кишку таким образом, чтобы обёртка осталась в руке.

✓ *Сублингвальное применение лекарств.*

При сублингвальном способе введения лекарство быстро всасывается, не разрушается пищеварительными ферментами и поступает в системный кровоток, минуя печень. Тем не менее этим способом можно пользоваться только для введения лекарств, применяемых в небольших дозах (так принимают нитроглицерин, «Валидол», половые гормоны и др.).

✓ *Трансбуккальное введение лекарств.*

Трансбуккальные формы лекарственных препаратов применяют в виде пластинок и таблеток, наклеиваемых на слизистую оболочку верхней десны. Считают, например, что буккальные формы нитроглицерина (отечественный препарат «Тринитролонг») являются одними из наиболее перспективных лекарственных форм этого лекарственного средства. Пластинку «Тринитролонга» наклеивают на определённое место - слизистую оболочку верхней десны над клыком, малыми коренными зубами или резцами (справа или слева). Больному следует объяснить, что пластинку ни в коем случае нельзя разжёвывать или заглатывать, так как в этом случае в кровь через слизистую оболочку ротовой полости поступит чрезмерно большое количество нитроглицерина, что может быть опасным. Больному со стенокардией следует объяснить, что если ему потребуется увеличить поступление нитроглицерина в кровь в связи с необходимостью повышения физической нагрузки (ускорение шага и т.д.), достаточно 2-3 раза лизнуть кончиком языка пластинку с препаратом.

✓ **Ингаляционный способ введения лекарственных веществ**

При различных заболеваниях дыхательных путей и лёгких пользуются введением лекарств

непосредственно в дыхательные пути. При этом лекарственное вещество вводят путём его вдыхания - ингаляции (лат. *inhalatum* - вдыхать). При введении лекарств в дыхательные пути можно получить местный, резорбтивный и рефлекторный эффекты.

Ингаляционным способом вводят лекарственные вещества как местного, так и системного воздействия:

- газообразные вещества (кислород, закись азота);
- пары летучих жидкостей (эфир, фторотан);
- аэрозоли (взвесь мельчайших частиц растворов).

• **Баллонные дозированные аэрозольные препараты**

В настоящее время применяют наиболее часто. При использовании такого баллончика больной должен проводить ингаляцию сидя или стоя, немного запрокинув голову, чтобы дыхательные пути распрямились и препарат достиг бронхов. После энергичного встряхивания ингалятор следует перевернуть баллончиком вверх. Сделав глубокий выдох, в самом начале вдоха больной нажимает на баллончик (в положении ингалятора во рту или с использованием спейсера), продолжая после этого вдыхать как можно глубже. На высоте вдоха следует задержать дыхание на несколько секунд (чтобы частицы лекарственного средства осели на стенках бронхов) и затем спокойно выдохнуть воздух.

• **Спейсер**

Представляет собой специальную камеру переходник от ингалятора ко рту, где частицы лекарства находятся во взвешенном состоянии в течение 3-10 с. Самый простой спейсер пациент может изготовить самостоятельно из свёрнутого трубкой листа бумаги длиной около 7 см.

Преимущества использования спейсера следующие.

- Снижение риска местных побочных явлений: например, кашля и кандидоза полости рта при ингаляционном использовании глюкокортикоидов.
- Возможность предупреждения системного воздействия препарата (его всасывания), так как невдыхаемые частицы оседают на стенках спейсера, а не в полости рта.
- Возможность назначения высоких доз препаратов во время приступов бронхиальной астмы.

• **Небулайзер.**

В лечении бронхиальной астмы и хронической обструкции дыхательных путей применяют небулайзер (лат. *nebula* - туман) - устройство для

преобразования раствора лекарственного вещества в аэрозоль для доставки препарата с воздухом или кислородом непосредственно в бронхи больного. Образование аэрозоля осуществляется под воздействием сжатого воздуха через компрессор (компрессорный небулайзер), превращающий жидкий лекарственный препарат в туманное облачко и подающий его вместе с воздухом или кислородом, или под влиянием ультразвука (ультразвуковой небулайзер). Для вдыхания аэрозоля применяют лицевую маску или мундштук; при этом больной не прилагает никаких усилий.

Преимущества использования небулайзера следующие.

- Возможность непрерывной подачи лекарственного препарата в течение определённого времени.
- Отсутствие необходимости в синхронизации вдоха с поступлением аэрозоля, что позволяет широко применять небулайзер при лечении детей и пожилых пациентов, а также при тяжёлом приступе удушья, когда использование дозированных аэрозолей проблематично.
- Возможность использования высоких доз препарата с минимальными побочными эффектами.

- ***Паровые ингаляции.***

При лечении катарального воспаления верхних дыхательных путей и ангины издавна применяют паровые ингаляции с помощью простейшего ингалятора. Струя пара, образующегося в водяном подогреваемом бачке, выбрасывается по горизонтальной трубке распылителя и разрезает воздух под вертикальным коленом, вследствие чего лекарственный раствор из стаканчика поднимается по вертикальной трубке и разбивается паром на мельчайшие частицы.

Пар с частицами лекарства попадает в стеклянную трубку, которую больной берет в рот и через неё дышит (делая вдох ртом, а выдох носом) в течение 5-10 мин. В домашних условиях вместо ингалятора можно использовать чайник, в носик которого вводится бумажная или пластмассовая трубка; вдох проводят через рот. В чайник помещают настои трав, 3% раствор натрия гидрокарбоната (пищевой соды) и/или натуральную минеральную воду «Боржоми».

В паровом ингаляторе частицы лекарства получаются довольно крупные, и поэтому они оседают на слизистой оболочке верхних дыхательных путей, не достигая лёгких. Чтобы получить аэрозоль с более мелкими частицами (достигающими альвеол), применяют ингаляторы со сложными приспособлениями для распыления, но основанные на том же принципе распыляющего угольника. Для образования аэрозоля вместо пара применяют воздух или кислород, который нагнетают в горизонтальную трубку распылителя под различным давлением, а по вертикальной трубке поднимается лекарство (например, раствор бензилпенициллина), которое

больной вдыхает в течение определённого времени, пока не получит назначенную ему дозу.

В ряде случаев используют «камерный» способ ингаляционного введения лекарственного вещества - когда целая группа пациентов вдыхает препарат, распылённый в помещении ингалятория.

✓ *Роль медицинского персонала.*

При приеме больного в стационар лечащий врач заполняет лист назначений в который он записывает необходимые препараты и их дозировку, а так же обозначает тип введения. Далее лист назначений вклеивается в медицинскую карту больного.

Медсестра должна правильно уметь выписывать медикаменты, необходимые для работы в данном отделении, хранить их, обеспечивать своевременную раздачу лекарств больным и знать методы их введения. Раздача лекарств производится только медсестрой, и принимать их больные должны в ее присутствии. Передоверять эту работу младшему медперсоналу или самому больному категорически воспрещается.

Выписывать медикаменты следует ежедневно. Медсестра, участвующая во врачебном обходе больных, должна тщательно записывать все назначения. После обхода медсестра выписывает из истории болезни все лекарственные назначения в лист назначений и рецептурные тетради, состоящие из 2 половин: одну отправляют в аптеку, а другую оставляют в отделении для контроля. Сильнодействующие и ядовитые вещества выписываются в отдельных тетрадях, где отмечают фамилию, имя, отчество больного, номер истории болезни, дату, количество ампул, и медсестра ставит свою подпись. Рецептура всего отделения поступает к старшей сестре отделения, которая их проверяет и относит для проверки и подписи к зав. отделению.

Энтеральное введение обычно не требует участия медицинского персонала и наиболее комфортно для пациента.

✓ *Раздача лекарственных препаратов.*

Последовательность выполнения:

1. Передвижной столик с лекарственными средствами и всем необходимым транспортируйте в палату.
2. Подберите каждому больному лекарственное средство согласно листу врачебного назначения, с учетом способа и времени приема (до, во время и после еды).

3. Проверьте годность лекарственного средства, изучите маркировку, сверьте с назначенной дозой (лекарственное средство должно быть только в аптечной упаковке).

4. Капсулу или таблетки достаньте из упаковки пинцетом или отрежьте от конвалюты ножницами, освободив от обертки, положите на корень языка и дайте запить водой.

Примечание:

- Выдавать лекарства только на один прием.
- Пациент должен принять лекарственное средство в присутствии медсестры.
- Средства, назначенные до еды, следует принимать за 15 мин до приема пищи, после еды - через 15 мин после приема пищи. Снотворные средства принимаются за 30 мин до сна.

✓ Собственное исследование.

Я проходил производственную практику по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности на базе: ГБУЗ «Городская детская клиническая больница №8» в Неврологическом отделении.

В данном отделении энтеральное введение осуществляют в основном двумя способами: пероральным и сублингвальным.

При поступлении пациента в отделение врач заполняет лист назначений в который записывает название препарата, его дозу, способ введения и время приема. Далее лист назначений вклеивается в медицинскую карту больного.

Выдачу лекарств в отделении осуществляет постовая медицинская сестра, выдача препаратов происходит утром, днем, и вечером за 15-20 минут до приема пищи.

Медсестра подбирает лекарственное средство для каждого пациента согласно листу назначений с учетом способа и времени применения.

Так же медсестра обязательно проверяет срок годности лекарственного средства и его дозировку.

✓ *Лекарственные средства используемые в Неврологическом отделении.*

1. Сонапакс.

- Форма выпуска: драже по 10 мг; драже по 25 мг.
- Фармакодинамика: оказывает алтипсихотическое, транквилизирующее, антидепрессивное, противозудное и противорвотное действие.
- Показания к применению:

— шизофрения (в качестве препарата второй линии терапии у пациентов, которым противопоказаны другие препараты, или отсутствует лечебный эффект при приеме других лекарственных средств);

— психотические расстройства, сопровождающиеся гиперреактивностью и возбуждением;

— тяжелые нарушения поведения, связанные с агрессивностью, неспособностью к длительной концентрации внимания;

— психомоторное возбуждение различного генеза;

— неврозы, сопровождающиеся страхом, тревогой, психомоторным возбуждением, психоэмоциональным напряжением, нарушением сна, навязчивыми состояниями, депрессивными расстройствами;

— абстинентный синдром (токсикомания, алкоголизм);

— в детской психиатрии применяют при нарушениях поведения с повышенной психомоторной активностью.

- Противопоказания:

— выраженные депрессивные состояния;

— коматозные состояния;

— выраженное угнетение ЦНС;

— заболевания крови в анамнезе;

— детский возраст до 4 лет;

— синдром удлиненного интервала QT;

- одновременный прием с лекарственными средствами, удлиняющими интервал QT;
- аритмии в анамнезе;
- печеночная недостаточность;
- повышенная чувствительность к тиоридазину и другим производным фенотиазина;
- врожденная низкая активность изофермента CYP2D6;
- дефицит лактазы или сахаразы/изомальтазы, непереносимость фруктозы или лактозы, глюкозогалактозная мальабсорбция.

➤ **Способ применения и дозы:**

Внутрь. Режим дозирования подбирается индивидуально с учетом тяжести заболевания.

При *шизофрении* **взрослым** начинают с 50-100 мг 3 раза/сут с постепенным повышением до максимальных 800 мг/сут (при необходимости). После достижения эффекта доза может быть снижена до минимальной поддерживающей. Общая суточная доза колеблется в пределах 200-800 мг/сут в 2-4 приема. **Детям** начинают с 0.5 мг/кг/сут в несколько приемов. При необходимости дозу повышают (максимальная суточная доза - 3 мг/кг/сут).

Психотические расстройства, сопровождающиеся гиперреактивностью и возбуждением; тяжелые нарушения поведения, связанные с агрессивностью, неспособностью к длительной концентрации внимания; психомоторное возбуждение различного генеза: в амбулаторных условиях - 150-400 мг/сут; в стационаре - 250-800 мг/сут. Лечение обычно начинают с низких доз, 25-75 мг/сут, постепенно увеличивая до оптимальной терапевтической дозы, которая достигается в течение 7 дней, а антипсихотический эффект отмечается спустя 10-14 дней. Курс лечения составляет несколько недель. Поддерживающая суточная доза: 75-200 мг однократно перед сном.

2. Феназепам

➤ **Форма выпуска:**

Таблетки белого цвета, плоскоцилиндрические, с фаской; 1 таб 500 мкг.

➤ **Фармакодинамика:**

Анксиолитик (транквилизатор), производное бензодиазепа. Обладает выраженным анксиолитическим, снотворным, седативным, а также противосудорожным и центральным миорелаксирующим действием.

➤ Показания:

- невротические, невротоподобные, психопатические, психопатоподобные и другие состояния, сопровождающиеся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью, напряженностью, эмоциональной лабильностью;
- реактивные психозы;
- ипохондрическо-сенестопатический синдром (в т. ч. резистентный к действию других транквилизаторов);
- вегетативные дисфункции;
- расстройства сна;
- профилактика состояний страха и эмоционального напряжения;
- височная и миоклоническая эпилепсия;
- гиперкинезы и тики;
- ригидность мышц;
- вегетативная лабильность.

➤ Противопоказания :

- кома;
- шок;
- миастения;
- закрытоугольная глаукома (острый приступ или предрасположенность);
- тяжелая ХОБЛ (возможно усиление дыхательной недостаточности);
- острая дыхательная недостаточность;
- беременность (особенно I триместр);
- период грудного вскармливания;
- детский и подростковый возраст до 18 лет (безопасность и эффективность не определены);

— повышенная чувствительность к бензодиазепинам.

➤ Способ применения и дозы:

Препарат следует принимать внутрь. Разовая доза Феназепама обычно составляет 0.5-1 мг.

3. Финлепсин

➤ Форма выпуска:

Таблетки пролонгированного действия от белого до белого с желтоватым оттенком цвета, округлые, плоские, со скошенными краями, с крестообразными линиями разлома на обеих сторонах и 4-мя зарубками на боковой поверхности.

➤ Фармакодинамика:

Противоэпилептический препарат (производное дибензазепина). Оказывает также антидепрессивное, антипсихотическое и антидиуретическое действие, обладает анальгезирующим эффектом у больных с невралгией.

➤ Показания :

- эпилепсия: первично-генерализованные припадки (за исключением абсансов), парциальные формы эпилепсии (простые и сложные припадки), вторичногенерализованные припадки;
- невралгия тройничного нерва;
- идиопатическая невралгия языкоглоточного нерва;
- боли при диабетической полиневропатии;
- эпилептиформные судороги при рассеянном склерозе, спазмы лицевых мышц при невралгии тройничного нерва, тонические судороги, пароксизмальная дизартрия и атаксия, пароксизмальные парестезии и приступы боли;
- синдром алкогольной абстиненции (тревога, судороги, гипервозбудимость, нарушения сна);
- психотические расстройства (аффективные и шизоаффективные расстройства, психозы, нарушения функции лимбической системы).

➤ Противопоказания:

- нарушения костномозгового кроветворения (анемия, лейкопения);
- АВ-блокада;
- острая перемежающаяся порфирия (в т.ч. в анамнезе);
- одновременное применение с препаратами лития и ингибиторами МАО;
- повышенная чувствительность к компонентам препарата;
- повышенная чувствительность к трициклическим антидепрессантам.

➤ Способ применения и дозы:

Препарат принимают внутрь во время или после еды, запивая достаточным количеством жидкости.

Для удобства применения таблетку (а также ее половину или четверть) можно предварительно растворить в воде или в соке, т.к. свойство пролонгированного высвобождения действующего вещества после растворения таблетки в жидкости сохраняется. Диапазон применяемых доз составляет 400-1200 мг/сут. Суточную дозу разделяют на 1-2 приема.

Максимальная суточная доза - 1600 мг.

4. Циклодол

➤ Форма выпуска:

Таблетки в блистерах по 25 шт., картонной пачке 2 блистера. Таблетки округлой формы, белого цвета, с плоской поверхностью, со скошенными краями.

➤ Фармакодинамика:

Циклодол - антихолинэргический препарат центрального действия, нарушает связи между допамином и ацетилхолином в центральной нервной системе.

➤ Показания :

Препарат рекомендован к применению при следующих состояниях:

- паркинсонизм различной этиологии;
- экстрапирамидные нарушения, вызванные нейролептиками;
- болезнь Паркинсона и Литтла;
- спастические параличи, обусловленные поражениями экстрапирамидной системы (в виде монотерапии или в комбинации с Леводопой).

➤ Противопоказания:

Препарат не должен применяться при наличии какого-либо из состояний, перечисленных ниже:

- гиперчувствительность;
- глаукома (особенно закрытоугольная);
- обструкция ЖКТ;
- фибрилляция предсердий;
- аденома предстательной железы;
- беременность.

➤ Способ применения и дозы:

Дозу препарата необходимо подбирать индивидуально, начиная с самой низкой, повышая ее до минимальной эффективной.

При синдромах паркинсонизма: начальная доза составляет 1 мг тригексифенидила гидрохлорида в сутки. Каждые 3-5 дней эту дозу постепенно повышают на 1-2 мг в сутки до получения оптимального лечебного эффекта. Поддерживающая доза составляет 6-16 мг в сутки, распределенная на 3-5 приемов. Максимальная суточная доза - 20 мг.

5. Прозерин

➤ Форма выпуска:

Таблетки белого цвета.

➤ Фармакодинамика:

Ингибитор ацетилхолинэстеразы и псевдохолинэстеразы. Оказывает не прямое холиномиметическое действие за счет обратимого ингибирования холинэстеразы и потенцирования действия эндогенного ацетилхолина.

➤ Показания :

Миастения и миастенический синдром, двигательные нарушения после травмы мозга, параличи, восстановительный период после перенесенного менингита, полиомиелита, энцефалита; слабость родовой деятельности (редко); атрофия зрительного нерва, неврит; атония желудка, кишечника и мочевого пузыря.

Устранение остаточных нарушений нервно-мышечной передачи недеполяризующими миорелаксантами.

➤ Противопоказания:

Эпилепсия, гиперкинезы, ваготомия, бронхиальная астма, ИБС (в т.ч. стенокардия), аритмии, брадикардия, выраженный атеросклероз, тиреотоксикоз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, перитонит, механическая непроходимость ЖКТ или мочевыводящих путей, гиперплазия предстательной железы, острые инфекционные заболевания, интоксикация у ослабленных детей, повышенная чувствительность к неостигмину метилсульфату.

➤ Способ применения и дозы:

Внутрь взрослым - по 10-15 мг 2-3 раза/сут; п/к - 1-2 мг 1-2 раза/сут.

Внутрь детям до 10 лет - по 1 мг/сут на 1 год жизни; для детей старше 10 лет максимальная доза составляет 10 мг. П/к доза рассчитывается по 50 мкг на 1 год жизни, но не более 375 мкг на одну инъекцию.

В офтальмологии: вводят в конъюнктивальный мешок 1-4 раза/сут.

Максимальные дозы: для взрослых при приеме внутрь разовая доза составляет 15 мг, суточная – 50 мг; при п/к введении разовая доза - 2 мг, суточная - 6 мг.

6. Галоперидол

➤ Форма выпуска:

Таблетки от белого до белого со слегка желтоватым оттенком цвета, плоскоцилиндрической формы, с фаской.

➤ Фармакодинамика:

Галоперидол - нейролептик, принадлежащий к производным бутирофенона. Оказывает выраженный антипсихотический и противорвотный эффект. Выраженная антипсихотическая активность сочетается с умеренным седативным эффектом (в небольших дозах оказывает активирующее действие).

➤ Показания:

Препарат применяется строго по назначению врача.

— острые и хронические психозы, сопровождающиеся возбуждением, галлюцинаторными и бредовыми расстройствами, маниакальные состояния, психосоматические расстройства;

— расстройства поведения, изменения личности (параноидные, шизоидные и другие), синдром Жиля де ля Туретта, как в детском возрасте, так и у взрослых;

— тики, хорея Геттингтона;

— длительно сохраняющаяся и устойчивая к терапии икота и рвота, в т.ч. связанная с противоопухолевой терапией;

— премедикация перед оперативным вмешательством.

➤ Противопоказания:

— тяжелое токсическое угнетение функции ЦНС вызванное ксенобиотиками, комы различного генеза;

— заболевания ЦНС, сопровождающиеся пирамидными и экстрапирамидными расстройствами (болезнь Паркинсона и т.п.);

- беременность, период грудного вскармливания;
- детский возраст до 3-х лет.
- повышенная чувствительность к производным бутирофенона.

➤ **Способ применения и дозы:**

Назначают внутрь, за полчаса до еды (можно с молоком для уменьшения раздражающего действия на слизистую оболочку желудка).

Начальная суточная доза составляет 0.5-5 мг, разделенная на 2-3 приема. Затем дозу постепенно увеличивают на 0.5-2 мг (в резистентных случаях на 2-4 мг), до достижения необходимого терапевтического эффекта. Максимальная суточная доза - 100 мг. В среднем терапевтическая доза составляет 10-15 мг/сут, при хронических формах шизофрении 20-40 мг/сут, в резистентных случаях до 50-60 мг/сут. Продолжительность курса лечения, в среднем, 2-3 мес. Поддерживающие дозы (вне обострения) от 0.5 до 5 мг/сут (дозу снижают постепенно).

Детям 3-12 лет (с массой тела 15-40 кг) - 0.025-0.05 мг/кг массы тела/сут в 2-3 приема, повышая дозу не чаще чем раз в 5-7 дней, до суточной дозы 0.15 мг/кг.

Вывод:

Изучил основные способы энтерального введения лекарственных препаратов. Изучил методику раздачи лекарств. Провел собственное исследование и обозрел основные препараты использующиеся в Неврологическом отделении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Общий уход за детьми: руководство к практическим занятиям и сестринской практике [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.
2. Общий уход за больными в терапевтической клинике: учебное пособие /
Ослопов В.Н. Богоявленская О.В.: ГЭОТАР-Медиа, 2015
3. <http://drugs.thead.ru>
4. Медицинская сестра: Практическое руководство по сестринскому делу. - М.: Гиорд, 2016.
5. Помощник младшего медицинского персонала детского соматического стационара. – Н.В. Малюжинская, О.В. Полякова, А.Н. Халанский, 2015г

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

3 группы
Мышанский Роман Анатольевич

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стил 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:



О.В. Большакова