

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/41568>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ 3

1 глава. Гастрит 5

1.1.Гастрит. Факторы риска возникновения гастрита у детей 5

1.2.Симптомы гастрита, диагностика 9

1.3.Осложнения, лечение и профилактика гастрита 12

2 глава. Сестринский уход при гастрите у детей в условиях стационара 17

2.1.Участие медсестры при подготовке пациентов к диагностическим и лечебным манипуляциям 17

2.2.Уход за детьми с гастритом в стационаре 21

2.3.Результаты анкетирования детей с гастритом 28

2.3.1.Характеристика базы исследования 28

2.3.2. Результаты исследования 30

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 33

БИБЛИОГРАФИЯ 35

Приложения 38

ВВЕДЕНИЕ

Заболевания желудка - это самые распространенные заболевания пищеварительной системы у детей. В структуре детской гастроэнтерологической патологии они составляют порядка 65 %, это 100-150 на 1000 детей. При этом наблюдается рост частоты заболеваемости гастритом с возрастом. Заболеваемость гастритом отличается у детей, проживающих на Севере, юге и в средней полосе. На частоту заболеваемости гастритом влияет характер питания детей, проживающих в перечисленных регионах [4,5].

2

Хронические гастриты являются самой частой патологией и составляют у школьников от 4 до 20% заболеваний органов пищеварения. Хронический гастрит и дуоденит в изолированном виде встречается редко - у 10-15% детей, чаще наблюдается их сочетание[4].

В связи с наличием в современной литературе данных о высокой распространенности гастритов у детей, и многочисленными особенностями течения заболевания у этой группы пациентов, а также с появлением новых методов диагностики и лечения гастрита у детей, была определена тема нашего исследования. Изучение роли медицинской сестры в уходе за детьми с гастритом представляет не только теоретическую ценность, но и практический интерес для среднего медицинского персонала.

1 глава. Гастрит

1.1.Гастрит. Факторы риска возникновения гастрита у детей

Гастрит это воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка. Различают острые и хронические гастриты.

Острый гастрит - характеризуется острым воспалением слизистой оболочки желудка, возникающим при непродолжительном воздействии сильных раздражителей. Острый гастрит возникает внезапно и протекает тяжело, может сопровождаться образованием эрозий слизистой оболочки желудка и развитием кровотечений.

Хронический гастрит характеризуется хроническим рецидивирующим очаговым или диффузным воспалением слизистой оболочки желудка, для которого характерно нарушение регенерации, склонность к прогрессированию, развитие атрофии и секреторной недостаточности, что сопровождается нарушением пищеварения и обмена веществ.

По модифицированной Сиднейской классификации выделяются следующие типы хронического гастрита: атрофический (аутоиммунный, мультифокальный); неатрофический, ассоциированный с H. Pylori, а также химический - реактивный рефлюкс-гастрит, радиационный, лимфоцитарный, неинфекционный гранулематозный, эозинофильный) [25].

Весьма часто у детей с хроническим гастритом наблюдаются нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, что может сопровождаться дуоденогастральным рефлюксом.

1.2.Симптомы гастрита, диагностика

Жалобы: на раннюю боль в надчревной и пилорoduodenальной областях, с иррадиацией в левую подреберную область, левую половину грудной клетки и руку; диспепсия с отрыжкой, изжогой, тошнотой, снижением аппетита, рвотой.

В анамнезе: отягощённая наследственность по гастропатологии; нарушение режима питания, злоупотребление острой, копченой, жареной пищей, газированных напитков и сухоедение; прием глюкокортикостероидов, нестероидных противовоспалительных препаратов, анальгетиков;

3

стрессовые факторы в окружении ребенка; очаги хронической инфекции: тонзиллиты, гаймориты, холециститы, кариозные зубы, туберкулез [7].

При физикальном обследовании: умеренно выраженные симптомы хронической интоксикации и вегетативные нарушения: слабость, утомляемость, головная боль, нарушение сна, локальный гипергидроз; боль ранняя; болезненность в надчревной области и в области пупка; метеоризм, урчание в животе.

При атрофическом гастрите аутоиммунного генеза- атрофия слизистой, анацидность, гипергастринемия и пернициозная анемия, у детей практически не встречается или протекает бессимптомно. Атрофический гастрит подтверждают определением специфических антипариетальных аутоантител к фактору Касла и витамина B12 в сыворотке крови [11].

Лабораторные исследования: копрограмма: определение нейтрального жира, непереваренных мышечных волокон, скрытая кровь в кале (гемокульт-тест).

1.3.Осложнения, лечение и профилактика гастрита

Осложнения могут развиваться при эрозивной и флегмонозной формах гастрита: перфорация стенки желудка; перигастрит; перитонит; желудочное кровотечение; инфекционно-токсический шок; полиорганная недостаточность, что может закончиться летальным исходом. Хронический гастрит может перейти в язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденит, холецистит, панкреатит, колит, атрофический гастрит [18].

Цели лечения: эрадикация *Helicobacter Pylori*; нормализация секреторно-моторной деятельности желудка; нормализация репаративных свойств и морфологического состояния СОЖ и ДПК.

Немедикаментозное лечение: диета:

1) диета №1 А (5-7 дн.): молоко (если переносит), свежий творог, кисель, желе, слизистые и протёртые супы из круп и молока, рыбное суфле, с ограничением соли;

2) диета №1 Б (14 дн.): с расширением диеты – сухари, мясо, рыба, каши протертые, супы из круп на молоке, соль в умеренном количестве;

3) диета № 1: с соблюдением принципа механического и химического щажения;

4) диета № 4 (безмолочная диета) – если ребенок получает коллоидный висмут трикалия дицитрат;

5) диета № 2 – при хронических формах гастритас секреторной недостаточностью;

6) при повышенной кислотности используют продукты с высокой буферностью (молоко, блюда из овсянки, варёная говядина, телятина).

Длительность щадящей диеты зависит от эффективности терапии, при улучшении состояния диету расширяют. В стадии клинко-лабораторной ремиссии рекомендуется чередование диет №5 и №15 с исключением плохо переносимых продуктов [16].

Питание дробное, 5-6 р/сут. Хороший эффект оказывает включение в рацион пищевых волокон (пшеничные отруби в суточной дозе (возраст+5г) в течение одного месяца).

4

Лечебно-охранительный режим.

Медикаментозное лечение: препараты для эрадикационной терапии первой линии (метронидазол, тинидазол); ИПП + амоксициллин + кларитромицин; соли висмута + амоксициллин + имидазол (трехкомпонентная терапия – 10 дн).

ИПП:

1) Омепразол – новорожденные 700мкг/кг 1раз в день, при необходимости после 7-14 дней до 1,4 мг/кг. От 1 мес до 2 лет 700мкг/кг 1раз в день, при необходимости до 3 мг/кг (максимально 20мг); дети с массой тела 10-20кг по 10мг 1 раз в день, при необходимости до 20мг 1 раз в день; дети с

массой тела более 20 кг-по 20 мг 1 раз в день, при необходимости 40мг.

2) Лансопразол детям назначают при невозможности применения омепразола.

3) Эзомепразол назначают при невозможности применения омепразола и лансопразола.

Трехкомпонентная терапия: Омепразол по 20 мг (или лансопразол 30мг, или эзомепразол 20мг) + кларитромицин 7,5мг/кг (max-500 мг) + амоксициллин 20-30мг/кг (max 1000 мг) или метронидазол 40мг/кг (max500 мг);

Соблюдение терапии и побочные эффекты должны контролироваться.

2 ГЛАВА. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

2.1.Участие медсестры при подготовке пациентов к диагностическим и лечебным манипуляциям

Медицинская сестра должна следить за выполнением предписаний врача: соблюдением диеты; объяснять необходимость диетпитания; провести беседу с родственниками ребенка о списке разрешенных продуктов; следить за приемом назначенных врачом лекарств; провести беседу о профилактике гастрита и его обострений.

Подготовка к проведению фиброгастродуоденоскопии (ФГДС). Медицинская сестра объясняет ребенку и родителям ход и цель процедуры и проводит психологическую подготовку. Последний прием пищи накануне должен быть не позднее 18 ч. вечера. Исследование проводят натощак. По дополнительным указаниям врача (при большом скоплении слизи) за 1,5-2 ч. до начала исследования промывают пациенту желудок. Пациента ведут в эндоскопический кабинет с картой стационарного больного.

Перед началом исследования медицинская сестра проверяет наличие письменного информированного согласия родителей на исследование, объясняет поведение во время процедуры. Предупреждают, что во время проведения процедуры нельзя разговаривать и глотать слюну. После этого медсестра обрабатывает руки, надевает перчатки, маску и фартук. Проводит анестезию глотки орошением анестетиком.

Ребенка укладывают на левый бок на стол, с вытянутой левой ногой и согнутой в коленном и тазобедренном суставах правой. Правую руку укладывают вдоль туловища, левую - сгибают в локте, спина выпрямляется и голова откидывается назад. Во время исследования медсестра assisteрует врачу: фиксирует голову пациента, поддерживает пациента, контролирует его состояние; подает

врачу необходимые инструменты; помогает вводить эндоскоп и проводить его в желудок и в двенадцатиперстную кишку; следит за положением загубника; пальпирует живот для вывода в поле зрения и в удобную позицию соответствующих отделов желудка; перемещает по указанию врача эндоскоп вверх-вниз; фиксирует эндоскоп в нужной позиции; участвует в проведении биопсии, выполнении лечебных вмешательств. Медсестра осуществляет наблюдение за пациентом, оценивает цвет и влажность кожи, контролирует ритм и глубину дыхания, пульс, подсчитывает частоту сердечных сокращений, оценивать уровень сознания. При осложнениях четко и быстро выполняет назначения врача.

После окончания процедуры ребенку помогают встать со стола и предупреждают о том, что нельзя принимать пищу 1-2 ч. после исследования. После исследования пациента провожают в палату и обеспечивают покой.

После окончания исследования медицинская сестра заполняет Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделениях, кабинетах эндоскопии (форма №157/У-96). Под отдельным номером производится запись пациента, которому выполняется весь объем работы в рамках одного метода диагностики.

2.2.Уход за детьми с гастритом в стационаре

Этапы сестринской помощи при гастрите:

1 этап. Сбор информации о пациенте - опрос: выяснение жалоб на боли в эпигастрии, на быстрое насыщение, тошноту, отрыжку, изжогу, рвоту, нарушения аппетита. Выяснение времени возникновения болей.

Объективное обследование: осмотр: обращается внимание на бледность кожи, синеву под глазами, обложенность белым налетом языка, болезненность в эпигастрии при пальпации.

Знакомство с результатами других методов диагностики: ОАК, ОАМ, копрологическое исследование; определение антигена хеликобактер в кале; ФГДС; при необходимости - прицельной биопсии (морфологического исследования биоптата слизистой оболочки и оценка обсемененности Н.р.).

2 этап. Выявление проблем пациента

Нарушение физиологических потребностей: поддержание общего состояния, приема пищи, сна, отдыха, общения.

Проблемы, обусловленные воспалением слизистой оболочки желудка: боль в эпигастрии или околопупочной области во время еды, после приема пищи или натощак; чувство тяжести в желудке. Проблемы, обусловленные нарушением пищеварения: чувство быстрого насыщения; тошнота; отрыжка нишей, воздухом, «тухлым», «кислым»; изжога; вздутие живота; урчание в животе; склонность к запорам или к послаблению стула; снижение или отсутствие аппетита.

При наличии вышеуказанных проблем ребенок нуждается в госпитализации в специализированный стационар для обследования, постановки диагноза и лечения.

3-4 этапы. Планирование и реализация сестринского ухода за ребенком в стационаре

6

Целью сестринского ухода является поспособствовать выздоровлению, не допустить развития осложнений.

План ухода:

1. Обеспечивать соблюдением лечебно-охранительного режима.

Реализация сестринского ухода включает независимые вмешательства:

- беседу с ребенком и его родственниками о заболевании и профилактике осложнений;
- разъяснение пациенту/родственникам необходимость соблюдения постельного режима;
- проведение контроля физиологических отпавлений;
- контролирование приема пищи и гигиенических процедур в постели в положении сидя.

Мотивацией при этом является охранительный режим (для нервной и пищеварительной систем) от избыточных внешних раздражителей, обеспечение максимального комфорта. Уменьшение боли.

Удовлетворение физиологических потребностей выделения продуктов жизнедеятельности.

2. Организация досуга включает рекомендацию родственникам обеспечения ребенка любимыми книгами, журналами, игрушками.

Мотивацией является создание психологически комфортных условий.

3. Создание комфортных условий в палате реализуется следующим образом - контроль проведения влажной уборки и регулярном проветривании; регулярной смены постельного белья; соблюдения тишины в палате.

Мотивацией является удовлетворение физиологических потребностей в полноценном сне и отдыхе.

4. Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий и приеме пищи реализуется проведением бесед с пациентом и его родителями о необходимости соблюдения правил личной гигиены; рекомендации родственникам принести средства личной гигиены (зубная паста, расческа, смена белья); контроль и оказание помощи при проведении гигиенических процедур.

2.3. Результаты анкетирования детей с гастритом

2.3.1. Характеристика базы исследования

Нами был проведен анализ архивных данных по Детская городская клиническая больница №5 им. Н.Ф.Филатова г. Санкт-Петербурга за период с 2015-2017 гг.

В педиатрическом отделении по гастроэнтерологическому направлению проходят лечение дети с нарушенным кишечным всасыванием (целиакия, лактазная недостаточность, пищевая аллергия), заболеваниями верхних отделов желудочно-кишечного тракта (гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) синдром циклической рвоты, гастриты, дуодениты, язвенная болезнь),

7

заболеваниями кишечника (колиты, хронические диареи, запоры), проходят контрольное обследование и коррекцию терапии дети после оперативных вмешательств на ЖКТ, большую группу составляют дети с функциональными заболеваниями ЖКТ (функциональная диспепсия, функциональная абдоминальная боль синдром раздраженного кишечника, дискинезии желчевыводящих путей),

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сестринский уход у детей с гастритами в стационаре очень важен. Медсестра контролирует состояние пациента, занимается профилактикой осложнений, участвует в выполнении предписаний врача, а также решает возникающие при заболевании проблемы пациента, также она контактирует с родителями ребенка, осуществляет контроль и координацию питьевого и пищевого режимов, дает рекомендации по питанию, готовит ребенка к диагностическим и лечебным манипуляциям, а также взятию лабораторных проб.

Теоретические знания, достаточный практический опыт, высокая квалификация медсестры детского гастроэнтерологического отделения являются оптимальным условием для успешного лечения.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Александрова С. Л. Морфологические особенности га-стродуоденальной патологии, ассоциированной с *H. Pylori* у детей Якутии // Якутский медицинский журнал. – 2007. – № 2 (18). – С. 109.
2. Александрова С. Л. Хеликобактериоз у детей в регионе Якутии // Якутский медицинский журнал. – 2007. – № 3 (19). – С. 21-23.
3. Баранов А.А. и др. Детская гастроэнтерология / Баранов А.А., Е.В.Климанская, Г.В.Римарчук. — М., 2002. — 592 с.
4. Волынец Г.В. Этиологические факторы хронических гастритов у детей// Вопросы современной педиатрии 2006.- Т5.№3. - С 15-21.
5. Волынец Г.В., Хавкин А.И., Филатов Ф.П. К вопросу об этиологии аутоиммунного гастрита у детей // Медлайн-экспресс. —2004. — № 8–9. — С. 6–8.
6. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми: учеб. – М.: МЕДпрессинформ. 2009.- 656с.
7. Комаров Ф. И. Практическая гастроэнтерология. – М.: Город, 2010. – С. 75-83.
8. Лапина Т. Л. Возможности лекарственного воздействия на цитопротективные свойства гастродуоденальной слизистой оболочки // Росс. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии – 2006. – № 5. – С. 75-80.
9. Маев И. В., Голубев Н. Н. Принципы диагностики и рациональной фармакотерапии хронического гастрита // Российский медицинский журнал (Болезни органов пищеварения). – 2010. – Т. 18. – № 28. – С. 1702-1706.
10. Малашенкова И.К., Дидковский Н.А.,Сарсания Ж.Ш. Жарова М.А., Литвиненко Е.Н., Щепеткова И.Н., Чистова Л.И., Пичужкина О.В., Гусева Т.С., Паршина О.В. Клинические формы хронической Эпштейн — Барр вирусной инфекции: вопросы диагностики и лечения // Лечащий врач. — 2003. — № 9. — С. 32–38.
11. Новикова В.П. Этиологические и морфофункциональные особенности хронического гастрита у детей с сопутствующими заболеваниями щитовидной железы: Автореф. ... канд. мед. наук. —СПб., 2003. — 24 с.
12. Новикова В.П., Юрьев В.В., Ткаченко Е.И., Струков Е.Л., Любимов Ю.А., Антонов П.В. Хронический гастрит у детей с сопутствующими заболеваниями щитовидной железы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2003. — № 4. — С. 40–43.
13. Рапопорт С. И. Гастриты (пособие для врачей) – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. – 19 с.
14. Рябчук Ф.Н. Роль персистирующих и латентных инфекций в эволюции патологического процесса у детей // Сб. научных работ кафедры педиатрии №2 с курсом гастроэнтерологии, посвященный 50-летию кафедры. Актуальные проблемы педиатрии. —СПб., 2004. — С. 126–135.
15. Стандарты диагностики и лечения кислотозависимых и ассоциированных с *Helicobacter pylori* заболеваний (Четвертое московское соглашение) // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2010. – № 5. – С. 113-118.
16. Теория сестринского дела: учеб. /Г.М.Перфильева с соавт. – Москва, ГЭОТАР. – Медиа- 2010. – 256с.
17. Хомерики Н. М., Хомерики С. Г. Длительная терапия антисекреторными препаратами – устойчивое равновесие // Consilium medicum (Гастроэнтерология). – 2008. – № 2. – С. 8-10.
18. Щербаков П.Л. Вопросы педиатрической гастроэнтерологии // Русский медицинский журнал. — 2003. — Т. 11, № 3. — С. 107–112.
19. Яковенко Э. П., Иванов А. Н., Илларионова Ю. В. и др. Хронический гастрит: диагностика и лечение // Фарматека. – 2009. – № 8. – С. 50-54.
20. Amieva M. R., El-Omar E. M. Host-bacterial interactions in *Helicobacter pylori* infection // Gastroenterology. – 2008. – Vol. 134. – P. 306-323.
21. Correa P., Houghton J. Carcinogenesis of *Helicobacter pylori* // Gastroenterology. – 2007. – Vol. 133. – P. 659-672.
22. Faller G., Kirchner T. *Helicobacter pylori* and antigastric autoimmunity // Pathologie. — 2001. — Jan.

№ 22 (1). — P. 25–30.

23. Malfertheiner P. Bismuth Improves PPI-based Triple Therapy for Helicobacter Pylori Eradication // Natural Review. Gastroenterology and .Hepatology. – 2010. – Vol. 7. – P. 538-539.

9

24. Selgrad M., Kandulski A., Malfertheiner P. Helicobacter pylori: Diagnosis and Treatment // Current of Opinion Gastroenterology. – 2009. – Vol. 25. – P. 549-556.

25. Stolte M., Meining A. The updated Sydney system: classification and grading of gastritis as the basis of diagnosis and treatment // Can. J. Gastroenterol. — 2001. — V. 15, № 9. — P. 591-598.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/41568>