ГУ ВПО Северный государственный медицинский университет

Институт сестринского образования

Факультет высшего сестринского образования

Кафедра Сестринского дела

Контрольная работа

по дисциплине «Сестринское дело в педиатрии»

Тема:

**«Медицинское обеспечение воспитанников детских дошкольных образовательных учреждений»**

Выполнила: студентка IV курса 1 группы

Воложанинова Лариса Михайловна

Архангельск

2009

**Оглавление**

Введение

1. Медицинское обслуживание детей в ДДОУ

1.1 Функциональные обязанности медицинского персонала в ДДУ

1.2 Медицинская документация предусмотренная в ДДУ

2. Адаптация детей к дошкольному учреждению

2.1 Оценка течения адаптации к ДДУ

2.2 Мероприятия по облегчению адаптации детей к ДДУ

2.3 Тесты функциональной готовности к обучению в школе

3. Сестринский процесс при язвенной болезни

4. Практическая деятельность. Решение задачи

5. Острая сосудистая недостаточность. Диагностика. Помощь

Заключение

Список использованной литературы

**Введение**

С развитием медицинской науки и совершенствованием медицинских технологий, условий и методов оказания лечебно-профилактической помощи населению растет роль и значение деятельности медицинской сестры в системе здравоохранения. От ее знания и умения, профессионального отношения к делу во многом будет зависеть слаженная работа служб и подразделений лечебных учреждений. Особое значение имеет высокий профессионализм медицинской сестры при работе с детьми.

Профилактическая направленность в педиатрии является наиболее актуальной проблемой. В связи с реформой здравоохранения, в частности, с развитием сестринского дела, внедрением сестринского процесса в практику, на медицинских сестер возлагаются большие обязанности: расширяются пределы их компетенции не только в вопросах ухода, но и диагностики патологических состояний. Наиболее важное значение это приобретает при диспансеризации детей в условиях детских образовательных учреждений, где медицинская сестра является важной фигурой, осуществляющей контроль за состоянием здоровья детей.

**1. Медицинское обслуживание детей в ДДУ**

Медицинское обеспечение воспитанников детских дошкольных образовательных учреждений осуществляют врачи, состоящие в штате детской поликлиники и средний медицинский персонал, состоящий в штате ДДУ, которые наряду с администрацией учреждения несут ответственность за здоровье, физическое развитие детей, проведение лечебно-профилактических мероприятий, соблюдение санитарно-гигиенических норм, режима дня и качество питания. Заведующие отделениями организации помощи детям и подросткам в образовательных учреждениях осуществляют руководство работой этих учреждений по всем разделам охраны здоровья детей, в том числе и по диспансеризации, в соответствии с имеющимися инструктивными материалами. Врачом составляется график работы в ДДУ, который согласовывается с заведующей ДДУ и утверждается главным врачом детской поликлиники.

Ежедневная работа по поддержанию здоровья детей в ДДУ складывается из периодического личного контроля за санитарно-противоэпидемическим режимом, гигиеническими и закаливающими мероприятиями, осмотра всех вновь поступивших детей и вернувшихся после болезни, распределение детей по группам с назначением им режима дня с учетом возраста и здоровья, своевременного проведения профилактических прививок, контроля питания с составлением и внедрением 10-дневного меню, индивидуального для различных групп детей с учетом здоровья и возраста, ведение образовательных программ для родителей.

**1.1 Функциональные обязанности медицинского персонала в ДДОУ**

Функциональные обязанности медицинских работников ДДОУ и школы определены приказом МЗ и МО РФ № 186/272 от 30.06.92 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях».

Медицинская сестра – представитель среднего медицинского звена. Это помощник врача в лечебно-профилактических, детских дошкольных и школьных учреждениях. На должность медицинской сестры назначают лиц, окончивших медицинские училища со сроком обучения не менее 2 лет и получивших свидетельство о присвоении им квалификации медицинской сестры. Медицинскими сестрами могут работать студенты медицинского института, успешно закончившие три курса дневного обучения.

Обязанности медицинской сестры детских образовательных учреждений сложны и разнообразны, поэтому они требуют серьезных профессиональных навыков (Таблица № 1).

Таблица № 1

Функциональные обязанности медицинских работников, обслуживающих детей в образовательных учреждениях

|  |  |
| --- | --- |
| Виды деятельности | План наблюдений |
| 1. Первичная профилактика1.1. Контроль за санитарно-гигиеническими условиями в ДДУ* 1. Контроль и оказание методической помощи в организации учебно-воспитательного процесса:
* Участие в составлении учебного расписания,
* Составление режима дня и занятий
 | Постоянно1 раз в месяц |
| 1. Питание:
* Контроль за состоянием фактического питания и анализ качества питания,
* Санитарно-гигиеническое состояние пищеблока,
* Составление меню,
* Бракераж готовой продукции,
* Контроль за выполнением натуральных норм
 | постоянно |
| 1. Физическое воспитание:
* Осуществление контроля за организацией физвоспитания, закаливающих мероприятий
* Распределение на медицинские группы для занятий физической культурой
* Оценка физической подготовленности детей

Анализ эффективности физ.воспитания | 1 раз в месяц |
| 1. Гигиеническое воспитание в детском коллективе:
* Рекомендации по организации и проведению гигиенического воспитания, формирование навыков здорового образа жизни, профилактике ВИЧ-инфекции,
* Организация мероприятий по профилактике близорукости, кариеса, нарушений осанки,

Контроль за гигиеническим воспитанием. | постоянно |
| 1. Иммунопрофилактика:
* Вакцинация,
* Контроль за состоянием здоровья после прививки, регистрация местной и общей реакции на прививку.
 | По плану вакцинации постоянно |
| 1. Мероприятия по обеспечению адаптации в образовательном учреждении:
* Контроль за течением медико-педагогичечкой коррекции,
* Проведение медико-педагогических мероприятий по формированию функциональной готовности к обучению
* Рекомендации по адаптации и ее коррекции (совместно с педагогом)
 | Постоянно1 раз в год |
| 7. Ведение документации (медицинская форма на ребенка, выписки и справки для лечебно-профилактических учреждений, военкоматов, летних оздоровительных учреждений, проч.) | Постоянно |
| 8. Диспансеризация:* Проведение (совместно с педагогом) скрининг тестов по выявлению отклонений в состоянии здоровья, оценка физической подготовленности детей,
* Рекомендации педагогическому персоналу по коррекции отклонений в состоянии здоровья,
* Проведение назначенных оздоровительных мероприятий и контроль за их выполнением в образовательных учреждениях
 | 1 раз в годПостояннопостоянно |
| 9. Ведение документации | постоянно |

Примечание:

* Медицинская помощь дошкольникам непосредственно в образовательном учреждении осуществляется средним медицинским персоналом, получившим специальную подготовку по организации профилактической и оздоровительной работы,
* Диспансерное наблюдение за детьми, имеющими хронические заболевания, осуществляется лечебно-профилактическим учреждением,
* Медицинское обеспечение детей осуществляется по действующим нормативным документам,
* Медицинские работники совместно с педагогическим коллективом принимают непосредственное участие в мероприятиях по охране здоровья детей,
* Медицинские работники, занятые медицинским обеспечением детей в организованных коллективах, могут привлекаться к участию в проведении летней оздоровительной компании, в т.ч. с выездом в загородные учреждения.

Медицинская сестра наблюдает за чистотой, тишиной и порядком в помещениях; обучает детей и их родителей правилам личной гигиены; следит за питанием детей, принимает участие в санитарно-просветительской работе. В обязанности медицинской сестры входит контроль за питанием детей, а при необходимости и личное участие в раздаче пищи, кормлении детей младшего возраста; контроль за продуктами и их правильным хранением.

Медицинская сестра отвечает за образцовое содержание медицинского пункта, исправное состояние медицинского и хозяйственного инвентаря; соблюдает правила хранения лекарственных средств; составляет требования на лекарственные средства; перевязочные материалы и предметы ухода за детьми.

Медицинская сестра принимает вновь поступающих в учреждение детей, проводит осмотр кожи и волосистой части головы ребенка для исключения инфекционных заболеваний и педикулеза. В ее обязанности входит ознакомление вновь поступивших детей с правилами внутреннего распорядка, режимом дня и правилами личной гигиены.

**1.2 Медицинская документация предусмотренная в ДДУ**

1. Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений форма 026/у – 2000.
2. Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 30/у).
3. Карта профилактических прививок (форма 063/у).
4. Комплексный план работы на год, утвержденный зав.отделением и администрацией детского дошкольного учреждения.
5. Помесячный план работы.
6. Журнал контроля санитарного состояния дошкольного учреждения (форма № 3013/у).
7. Диспансерный журнал.
8. Журнал осмотра на педикулез и кожные заболевания.
9. Журнал учета приема детей в ясли (форма 122/у).
10. Табель учета ежедневной посещаемости детей (форма 123/у).
11. Листы здоровья.
12. Журнал учета инфекционных заболеваний (форма 060/у).
13. Книга учета контактов с острыми инфекционными заболеваниями (форма 061/у Карантинный журнал).
14. Санитарный журнал (форма 308/у).
15. Вводная ведомость учета впервые выявленных несчастных случаев, травм, отравлений (форма 071/у). Журнал травматизма.
16. Журнал учета детей, направленных в туберкулезный диспансер.
17. Журнал изолятора (форма 125/у).
18. Журнал учета санпросветработы (форма 0380/у).
19. Журнал контроля за физкультурными занятиями.
20. Лист адаптации вновь поступивших.
21. Журнал учета острой заболеваемости.
22. Журнал дегельминтизации.
23. Журнал учета проф.прививок.
24. Журнал регистрации амбулаторных больных (форма 074/у).
25. Журнал учета движения детей по группам здоровья.
26. Отчет яслей, яслей-садов, детских садов (форма 85-к).
27. Журнал учета искусственной «С» - витаминизации пищи.
28. Журнал регистрации медицинского осмотра сотрудников.
29. Журнал учета состояния здоровья работников пищеблока. Журнал «Здоровье».
30. Тетрадь оценки питания.
31. Диспансерный журнал (для регистрации больных по форме 030/у).
32. **Адаптация детей к дошкольному учреждению**

Контроль за течением адаптации осуществляется с первых дней пребывания ребенка в дошкольном учреждении с целью ранней диагностики отклонений в состоянии здоровья и своевременной их коррекции. Поскольку эмоционально-поведенческие реакции являются показателем выраженности адаптационного синдрома и наиболее доступны при массовом наблюдении за детьми, они могут быть использованы в качестве критерия оценки течения адаптации. Наиболее точной является количественная их оценка с помощью шкал, составленных отдельно для детей раннего и дошкольного возраста.

Документально контроль за течением адаптации оформляется следующим образом. При поступлении ребенка в ДДОУ делается запись с комплексной оценкой состояния здоровья и планом мероприятий по облегчению адаптации, с учетом адаптации, который определяется участковым педиатром. В случае отсутствия прогноза адаптации в Форме № 026/у – 2000, прогноз определяет врач ДДОУ. В группе ведется лист адаптации (таблица № 2), который заполняет медсестра или воспитатель группы, предварительно обученные методике его заполнения. При заполнении листа адаптации отмечаются те градации каждой эмоционально-поведенческой реакции, которые имеются у него в день исследования (смотри шкалу оценки). Суммируя все оценки со знаком «плюс» или «минус», получают оценку за день, причем знак «минус» свидетельствует о неблагоприятном изменении эмоционального состояния. У детей раннего возраста лист заполняется ежедневно, у дошкольников 1 раз в три дня. В листе адаптации отмечаются следующие данные: фамилия, имя ребенка, возраст, дата, день адаптации, бальная оценка каждой эмоционально-поведенческой реакции (гнев, страх, отрицательные эмоции, положительные эмоции, социальные контакты, познавательная деятельность, сон, аппетит), суммарная оценка за день по всем поведенческим реакциям, масса тела (у детей раннего возраста), НПР, индивидуальные особенности поведения ребенка. Кроме того, регистрируются особенности поведения ребенка дома в адаптационный период. Общий контроль за течением адаптации в детском саду осуществляет врач. Осмотр детей проводится 1 раз в неделю у детей в возрасте до 3 лет и 1 раз 10-12 дней в возрасте от 4 до 7 лет до завершения адаптационного периода. В листе адаптации в процессе наблюдения даются медицинские и педагогические рекомендации по ее облегчению.

В процессе наблюдения за периодом адаптации врачом в Форме № 026/у–2000 отмечаются особенности течения адаптационного периода и назначаются соответствующие корригирующие мероприятия, если в них имеется необходимость. Если в какой-то период врача в дошкольном учреждении нет, то наблюдение за детьми в период адаптации ведет и записывает старшая медсестра ДДОУ.

Суммарная оценка баллов:

1. положительный баланс эмоционально-поведенческих реакции (+ 67) – (+ 86).
2. Благоприятная адаптация к школе – (+ 40).
3. Условно-благоприятная адаптация – уменьшение оценки до (- 10).

Таблица № 2

Лист адаптации детей к детскому саду

Ф.И.О ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Детский сад \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Группа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | День адаптации | Эмоционально – поведенческие реакции | Примечание | Рекомендации по облегчению адаптации |
| Гнев | Страх | Пониженное настроение | Игровая деятельность | Социальные контакты | Дисциплина | Моторика | Сон | Аппетит | Познавательная деятельность | Сумма | Масса тела | НПР ребенка |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Медицински | Педагогические |

Особенности поведения ребенка дома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Число перенесенных ОРВИ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Появление невротических реакций\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другие особенности адаптации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заключение по течению адаптации

Врач:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Воспитатель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2.1 Оценка течения адаптации к ДДУ**

При завершении адаптации в форме небольшого резюме пишется заключение о типе, течении, стадии и степени тяжести адаптации у данного ребенка (согласно классификации) и прилагается (вклеивается в карту) лист адаптации.

Критериями завершения адаптации являются: отсутствие заболеваний и других отклонений в состоянии здоровья, стойкая стабилизация эмоционально – поведенческих реакций на достаточно высоком позитивном уровне, хорошая работоспособность и успеваемость, успешное выполнение ребенком социальных функций, присущих его возрасту. При отсутствии этих критериев адаптация не должна считаться законченной, а детям необходимо проводить корригирующие педагогические и медицинские мероприятия. Все случаи возникновения у детей в период адаптации острых заболеваний и выраженных невротических расстройств должны расцениваться как ее срыв.

**Классификация адаптации**

**По типу:**

1. Функциональные нарушения центральной нервной системы (отклонения в поведении и соматовегетативные отклонения).
2. Снижение резистентности (острые повторные заболевания и соматовегетативные отклонения).
3. Смешанный тип (отклонения в поведении, повторные острые заболевания, соматовегетативные отклонения).

**По течению:**

1. Острое (до 32 дней).
2. Подострое (32 – 100 дней).
3. Рецидивирующее (в течение года отмечаются периоды улучшения, чередующиеся с возобновлением прежней клинической симптоматики).

**Стадии:**

1. Выраженных клинических проявлений (острый период).
2. Обратного развития симптомов.
3. Адаптированность.

**По степени тяжести:**

1. Легкая – незначительные отклонения в поведении; отсутствуют острые заболевания или редкие без осложнений, Joз = 0 - 0,4; соматовегетативные отклонения отсутствуют.
2. Средней тяжести – выраженные отклонения в поведении, но не требующие медикаментозной коррекции; повторные острые заболевания без осложнений, Joз = 0,5 – 0,9; небольшие соматовегетативные отклонения.
3. Тяжелая – выраженные отклонения в поведении, требующие медикаментозной коррекции консультации психоневролога; частые острые заболевания с осложнениями, Joз = 1,0 – 1,75; выраженные соматовегетативные отклонения.

Примечание: Joз – индекс частоты острых заболеваний.

**Пример оценки течения адаптации:**

Люся К., 2 года. 5 месяцев пребывания в детском саду. В течение 1-х мес. пребывания в саду девочка потеряла в массе 400 грамм, поведение ее оставалось неадекватным: сильно плакала, длительно засыпала, сон беспокойный, прерывистый до 2 месяцев. Дома девочка была очень возбудима, пугалась появления новых взрослых, даже знакомых соседей. Периодически возникали тикоидные подергивания век. За первые 2 месяца пребывания в ДДУ трижды перенесла ОРВИ. Первый раз на 3-й день пребывания в ДДУ, ОРВИ осложнилась отитом.

В настоящее время эмоционально – поведенческие реакции нормализовались, сон не нарушен, аппетит сохранен. По шкале эмоционального профиля суммарная оценка увеличилась от (-10) до (+40) баллов.

Диагноз: Адаптация тяжелая по смешанному типу (частые заболевания, невротические реакции), рецидивирующее течение (150 дней), тяжелой степени тяжести.

**2.2 Мероприятия по облегчению адаптации детей к ДДУ**

1. Вновь поступившим детям врачом в присутствии педагога назначается индивидуальный режим дня с учетом сведений из анамнеза, прогноза адаптации, данных первичного осмотра.
2. Медсестра должна ознакомить родителей с особенностями адаптации к детскому саду и рекомендациями врача на период адаптации. Воспитателя заранее предупреждают о поступлении нового ребенка. Ему необходимо выяснить особенности воспитания малыша в семье, его домашний режим, способы кормления, укладывания для сна, особенности засыпания, характер сна, аппетит, организацию бодрствования, индивидуальные особенности, ласковое имя, любимые игрушки и сложившиеся привычки.
3. Режим дня максимально должен быть приближен к домашнему. С этой целью в течение первых недель, иногда до месяца, в зависимости от поведения ребенка, разрешается:
	* Сохранять все имеющиеся у ребенка привычки, даже если они не соответствуют режиму группы или отрицательны по физиологической значимости;
	* Приносить из дома игрушки;
	* Присутствие матери (при выраженных нарушениях эмоционального состояния в первые дни), которая должна помочь познакомиться ребенку со взрослыми и детьми, а также при кормлении и укладывании.
4. Переводить ребенка на режим детского учреждения нужно постепенно, с учетом его индивидуальных особенностей. Принцип постепенности касается всех моментов ухода и воспитания (кормления, укладывания, бодрствования и т.д.)
5. В целях профилактики переутомления и перевозбуждения нервной системы необходимо в первый период:
	* Сохранить время пребывания в детском учреждении, начиная с 2-3 часов, постепенно удлиняя, до полной продолжительности группы;
	* С этой же целью удлинять время ночного и дневного сна на 1-1,5 часа;
	* Дневной сон в первую неделю лучше проводить дома;
	* Обеспечить ребенку в период адаптации состояние «теплового комфорта» и путем некоторого утепления его, в связи с нарушением у многих детей в этот период терморегуляции и других вегетативных функций;
	* Исключить насильственное кормление и укладывание для сна;
	* Удовлетворять чрезвычайно острую потребность ребенка в эмоциональном контакте со взрослым (путем ласкового обращения к нему, организации игры рядом со взрослым, индивидуальной игры с ним и т.д.). Не нужно вопреки желаниям ребенка привлекать его к коллективной игре, занятиям. Необходимо дать ему возможность постепенного привыкания к коллективу детей и персоналу путем «наблюдения со стороны»;
6. В период адаптации не переводить ребенка из группы в группу.
7. В период адаптации не допускать переуплотнения групп детьми. Недопустимо принимать в группу сразу много новых детей. Принимать в ясельные группы в течение недели можно не более 1-2 детей, в дошкольные группы – 3-4 с тем, чтобы персонал мог действительно выполнять назначенный индивидуальный режим и уделять детям максимум внимания. Прием следует организовывать в разные дни недели.
8. Нельзя в первые дни проводить какие-либо травмирующие ребенка процедуры: делать инъекции, массаж, стричь волосы, ногти и т.д. Все должно быть сделано до поступления, чтобы у него не создавалось отрицательного отношения к учреждению.
9. При ярко выраженных нарушениях эмоционального состояния (изменение состояния носоглотки, легкое покраснение, отечность, умеренные выделения из носа, температура тела, отрицательная динамика массы тела у младших детей) целесообразно на 2-3 дня прекратить посещения детского сада с соответствующей медицинской коррекцией. На фоне снижения сопротивляемости организма ребенка в период адаптации эти явления свидетельствуют о начавшейся активности сапрофитной флоры носоглотки ребенка, а также флоры, попавшей путем контактного обсеменения от других детей. Чтобы не допустить тяжелых заболеваний, необходимо направить ребенка домой, использовав для этого все возможности.

Организация жизни детей в адаптационный период решается не только врачом детского учреждения. Такая задача может быть осуществлена лишь совместными усилиями заведующей, врача, воспитателя, педагога, родителей. Параллельно с медицинским и педагогическим наблюдением врач и педагоги дошкольного учреждения с родителями ребенка и персоналом групп систематически проводят санитарно-просветительскую и воспитательную работу по преемственности методов ухода и воспитания. Нельзя допускать, чтобы персонал – няни, сестры, воспитатели – привыкали как к «неизбежности» к беспокойству, нервным срывам, капризам, плохому аппетиту, сну вновь поступивших детей.

**2.3 Тесты функциональной готовности к обучению в школе**

Чтобы ребенок мог успешно учиться и выполнять свои школьные обязанности, он к моменту поступления в школу должен достигать определенного уровня физического и психического развития («школьной зрелости»). Готовность детей к школе определяется прежде всего степенью функционального развития отдельных органов и систем детского организма, готовностью ребенка выполнять требования школы. Это прежде всего относится к развитию психики и моторики ребенка, к его умению сосредотачиваться, тормозить на определенное время свою двигательную активность, без лишнего напряжения сохранять свою рабочую позу. Для письма и рисования необходимо определенное развитие мелких мышц кисти, согласованность движения пальцев. В целом развитие психики, моторики и речи определяют уровень функциональной готовности ребенка к школе.

В связи с неравномерным темпом развития различных систем детского организма и особенностями условий жизни дети одного хронологического возраста могут иметь значительные индивидуальные различия в уровне функциональной готовности. Особенно беспокоят врачей и педагогов функционально не готовые к школе дети, поскольку именно из них, как правило, формируются плохо успевающие школьники.

Причиной школьной незрелости ребенка является комплекс неблагоприятных биологических и социальных факторов. Число детей среди шестилетних функционально не готовых к школе колеблется от 5 % до 90 %, а среди семилетних – от 10 % до 20 %. В основу определения функциональной готовности к обучению (в 5 – 7 лет) положены психофизиологические критерии, отобранные на основании исследования развития уровня функций и тесно связанные с успеваемостью, работоспособностью и динамикой состояния здоровья в 1 классе:

1. результаты выполнения теста Керна - Ирасека, состоящего из трех заданий: рисунок человека, срисовывание короткой фразы («Он ел суп»), срисовывание группы точек;
2. характер звукопроизношения (наличие дефектов);
3. результаты выполнения мотометрического теста (вырезание круга).

Определение степени «школьной зрелости» по тесту Керна – Ирасека может проводиться индивидуально или в группе из 10 – 15 детей. Остальные исследования проводятся с каждым ребенком отдельно в специально отведенном помещении. Методики проведения данных тестов наглядно представлены в приложениях 1, 2, 3.

На основании результатов психофизиологического обследования ребенок считается готовым к школьному обучению, если он получает в сумме 3-9 баллов за тест Керна – Ирасека и имеет положительный результат за выполнение хотя бы одной из двух других проб.

Большая абсолютная величина показателя соответствует меньшей степени «школьной зрелости». Исследование проводит медицинская сестра или воспитатель детского сада, а также медицинская сестра или врач поликлиники.

**3. Сестринский процесс при язвенной болезни желудка**

Язвенная болезнь желудка и (или) 12-перстной кишки – гетерогенное заболевание с многофакторной этиологией, сложным патогенезом, хроническим рецидивирующим течением, морфологическим признаком в виде дефекта слизистого и подслизистого слоев с исходом в соединительнотканный рубец. Болезнь развивается при нарушении факторов защиты желудка (нормальный кровоток в слизистой, достаточное количество слизи и простагландинов, активная регенерация) и активизации факторов агрессии (высокий уровень соляной кислоты и пепсина в желудке, высокий уровень содержания свободных радикалов в желудочном соке, дуоденогастральный рефлюкс, гастродуоденальная дисмоторика, хеликобактериоз). Язвенная болезнь – заболевание детей старшего возраста (12-15 лет). В зависимости от локализации выделено две формы – язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

К факторам риска развития язвенной болезни относятся:

* Стресс
* Нарушение режима и структуры питания
* Курение и алкоголь
* Лекарственные средства (гормоны, нестероидные противовоспалительные средства).

По статистическим данным, в разные возрастные периоды гастродуоденальная язва возникает у 4-5 % населения. У лиц молодого возраста дуоденальные язвы встречаются в 4 раза чаще, чем желудочные. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в молодом возрасте в 2-5 раз чаще встречается у мужчин, чем у женщин.

Клиника зависит от локализации язвы (кардиальный отдел, тело, дно желудка, пилорический отдел, 12-перстная кишка); течения болезни (острое, хроническое); фазы заболевания (обострение, ремиссия); тяжести течения (легкое – обострения 1 раз в 1-3 года, средней тяжести – обострения 2 раза в год, тяжелое – обострения более 2 раз в год), осложнений (кровотечение, перфорация, пенетрация, малигнизация, стеноз пилорического отдела желудка, реактивный панкреатит, реактивный гепатит).

Определим нарушение основных потребностей у больных с язвенной болезнью:

1. У ребенка с язвенной болезнью желудка нарушено удовлетворение потребностей: есть, пить, быть здоровым, двигаться, в физиологических отправлениях, во сне, в поддержании безопасности окружающей среды, в общении.
2. Настоящие проблемы пациента: режущие боли в эпигастральной области спустя 1,5-2 часа после еды, ночные, «голодные» боли, периодические запоры, изжога, рвота, тошнота, нарушение качества сна, страх перед медицинскими обследованиями, дефицит общения со сверстниками, беспокойство, связанное с недостаточной информацией о заболевании, с незнакомой окружающей обстановкой при госпитализации.
3. Проблемы потенциальные: риск развития желудочного кровотечения
4. Приоритетная проблема: боль в эпигастральной области

Таблица № 3

**Сестринский процесс при язвенной болезни**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Сестринский диагноз | Цель сестринского вмешательства | План сестринского вмешательства | Обоснование |
| Боль в эпигастральной области вследствие воспаления слизистой желудка | Пациент отметит постепенное (в течение 7 дней) снижение болевых ощущений – краткосрочная цель.К моменту выписки из стационара у ребенка не будет боли – долгосрочная цель. | 1. Своевременно и правильно выпол-нять назначения врача – введение спазмолитических и анальгетических средств3. организовать щадящую диету ребенку (механически, химически, термически) с учетом фазы заболевания (стол 1а, 1б, 1)4. Обеспечить 4-5 разовое питание ребенку малыми порциями5. обеспечить лечебно-охранительный режим ребенка6. Следить за эмоциональным состоянием ребенка | Для снятия болевого синдрома;уменьшается раздражение воспаленной слизистой желудка;в период обострения процесса пища должна быть более щадящей«Дробное» кормление снимает нагрузку с ЖКТ и обеспечивает защиту слизистой желудка от действия соляной кислотыДля улучшения психоэмоциона-льного состояния пациента;режим дня предусматривает чередование периодов сна и бодрствования, что приводит к исключению чрезмерных нагрузок, которые могут провоцировать болевой синдром или обострение процессаНервный фактор способствует обострению процесса. |
|  |  | 7. Научить родителей в домашних условиях оказывать помощь при болевом синдроме, используя психоло-гические приемы и медикаментозные способы. | Для снятия болевого синдрома в домашних условия |
| Изжога вследствие заброса желудочного сока в пищевод | У ребенка не будет изжоги через 20 минут – краткосрочная цель.К моменту выписки ребенок продемонстри-рует знания о причинах появления изжоги и способах борьбы с ней – долгосрочная цель. | 1. м/с обеспечит прием стакана теплого молока или щелочной минеральной воды без газа, или 2% р-ра соды;2. м/с обеспечит прием антацидных средств по назначению врача;3. м/с рекомендует избегать приема продуктоввызывающих изжогу, черный хлеб, варенье, сладкие, кислые, острые приправы, жирные и жареные блюда.  | Для обеспечения снижения кислотности желудочного сока |
| Рвота вследствие стимуляции рвотного центра импульсами, передающимися со слизистой желудка | У ребенка не будет рвоты и аспирации рвотными массами – краткосрочная цель;У пациента не будет приступов рвоты к моменту выписки – долгосрочная цель. | 1. м/с окажет по-мощь при рвоте в соответствии с алгоритмом действия:А) Успокоить ребенкаБ) Усадить его или уложить на бок, подложить полотенце, поднести чистый тазикВ) Во время рвоты придерживать голову ребенка, положив ему руку на лобГ) После рвоты помочь умыться, дать прополоскать рот теплой водой и выпить несколько глотков кипяченой воды, уложить в постельД) Осмотреть рвотные массы и оставить их до прихода врача2. м/с обеспечит прием противорвотных средств по назначению врача3. м/с обучит родителей ребенка алгоритму оказания помощи при рвоте. | Для предупреждения аспирации рвотными массами |
|  Тошнотавследствие изменения секреторной функции желудка | У ребенка не будет тошноты через 20-30 минут – краткосрочная цель.К моменту выписки ребенок не будет предъявлять жалоб на тошноту – долгосрочная цель. | 1. психологически успокоить ребенка2. с целью уменьшения ощущения тошноты дать больному выпить 100 мл воды с 2-3 каплями нашатырного спирта или стакан горячего чая, кусочки льда3. дать лекарство по назначению врача4. м/с обеспечит соблюдение предписанной диеты5. м/с обучит пациента приемам борьбы с тошнотой с помощью глубокого дыхания6. м/с проведет беседу с родителями и ребенком о характере предписанной ему диеты и необходимости ее соблюдения. | Для снятия приступов тошноты |
| Запор вследствие заболевания | У ребенка будет стул не реже одного раза в 2 дня – краткосрочная цель.Пациент отметит регулярный стул к моменту выписки и продемонстрирует знания о способах борьбы с запором – долгосрочная цель. | 1. по назначению врача поставить по показаниям и при отсутствии стула в течение 2 дней очистительную или другую послабляющую клизму, принять слабительное лекарственное средство2. Объяснить ребенку и его родителям, что максимальный эффект наступает при лечении основного заболевания, общеукрепляющей терапии: лечебной физкультуры, водных процедур.3. Обучить ребенка и его родителей комплексу ЛФК и приемам самомассажа живота (в начале заболевания проводить их в мед-ленном темпе при малой нагрузке | Достигается своевременное опорожнение кишечникаСтимулируется работа кишечника, обеспечивается профилактика повторных запоровРекомендуются упражнения в виде гимнастики или специальных групповых занятий |
| Нарушение качества сна вследствие сильных болей | У пациента улучшится сон на фоне уменьшения болевых ощущений (в течение суток) – краткосрочная цель.К моменту выписки из стационара сон нормализуется – долгосрочная цель | 1. обеспечить адекватное обезбо-ливание согласно врачебных назна-чений2. Создать комфортные условия в палате во время сна (оптимальная температура, провет-ривание, удобная постель, тишина)3. м/с успокоит больного и научит навыкам, способствующим регулированию сна | Для улучшения качества сна |
| Страх перед обследованиямивследствие недостаточности информации о них | У ребенка исчезнет страх перед исследованиями в течение 1 дня – краткосрочная цель.К моменту выписки и в дальнейшем у ребенка не будет страха перед исследованиями – долгосрочная цель. | 1. заранее готовить ребенка с помощью терапевтической игры к манипуля-циям и диагности-ческим методам обследования2. терпеливо объяс-нять ребенку непонятные слова и термины3. учитывая уровень развития и информированности, стараться общаться напрямую, помочь осознать, что и зачем необходимо выполнять при под-готовке к обследованиям и во время их проведения | Для обеспечения качественного проведения манипуляций и диагностических методов.Снять нервное напряжение у ребенка |
| Дефицит общения со сверстниками вследствие своего заболевания | У ребенка будет достаточное общение со сверстниками в течение 2 дней – краткосрочная цель | 1. м/с организует ребенку достаточное общение с родителями, сверстниками.2. м/с познакомит ребенка с другими детьми на отделении | Для улучшения психологического состояния ребенка |
| Беспокойство, связанное с недостаточной информацией о заболевании, с незнакомой окружающей обстановкой при госпитализации | У ребенка не будет беспокойства по поводу своего заболевания и окружающей обстановки в течение 3х дней – краткосрочная цельК моменту выписки ребенок продемонстрирует знания о своем заболевании и профилактике обострений – долгосрочная цель | 1. м/с информирует ребенка, если позволяет возраст, о факторах риска развития заболева-ния, клинических проявлениях, прин-ципах лечения, воз-можных осложнениях2. м/с обеспечит ребенка, если позволяет возраст, необходимой литературой о данном заболевании.3. м/с обеспечит ребенку должную поддержку со стороны его окружения4. создать атмосферу психоло-гического комфорта и поддерживать у ребенка положи-тельные эмоции во время его пребывания в стационаре5. вовлекать ребенка в планирование и реализацию сестринского ухода | Обеспечивается право пациента на информацию;Ребенок и его родственники понимают целесообразность соблюдения диеты, выполнения всех мероприятий ухода |

Тактика медсестры при развитии желудочного кровотечения:

1. вызвать врача;
2. обеспечить строгий постельный режим в положении на боку или спине, с повернутой на бок головой (для профилактики аспирации рвотными массами);
3. прекратить прием через рот пищи, жидкости, медикаментов;
4. применить пузырь со льдом на эпигастральную область;
5. осуществлять контроль пульса и АД каждые 30 минут.

В связи с заболеванием ребенка у родителей также могут возникнуть проблемы:

* Дезадаптация и изменение стереотипа жизни семьи в связи с заболеванием ребенка;
* Дефицит знаний о заболевании и уходе;
* Необходимость изменения традиций семейного питания и организации диетического питания в домашних условиях;
* Неадекватная оценка состояния ребенка;
* Изменение внутрисемейных отношений.

Поэтому медсестра должна информировать родителей о факторах риска заболевания, клинических проявлениях, принципах лечения, возможных осложнениях. Медсестра должна научить родителей в домашних условиях оказывать помощь при болевом синдроме, используя психологические приемы и медикаментозные способы. Также медицинский работник должен информировать родителей об особенностях диеты №1а, 1б, 1. Порекомендовать родителям при обострении заболевания обеспечить ребенку рациональный режим дня с пролонгированным сном, при бодрствовании – разнообразить досуг спокойными настольными играми, чтением интересных книг, прослушиванием музыки и другими любимыми занятиями. Обучить родителей правильно оценивать состояние ребенка, вносить изменения в план ухода в зависимости от его физического и психического состояния, заботиться о поддержании положительного эмоционального тонуса. Медсестра должна посоветовать родителям изменить негативные семейные традиции в отношении питания (не переедать, отказаться от жирной, соленой и острой пищи, соблюдать основные принципы лечебного питания). Вовлекать всех членов семьи в поддержание здорового образа жизни, обеспечить ребенку рациональный режим дня, адекватную физическую активность.

Убедить родителей продолжить динамическое наблюдение за ребенком врачами – педиатром, гастроэнтерологом после выписки из стационара с целью контроля состояния, своевременного назначения и проведения сезонного противорецидивного лечения, так как язвенная болезнь, не излеченная в детском возрасте, может привести к развитию осложнений, опасных для жизни, а также формированию атрофических процессов в слизистой оболочке и железах желудка, которые в дальнейшем могут послужить причиной онкологических заболеваний.

1. **Практическая деятельность. Решение задачи**

Ребенку 2 месяца. Вес при рождении 3400. Находится на смешанном вскармливании. Назначить питание на день. Календарь прививок этого ребенка до 12 месяцев.

**Решение задачи**

1. Д.В = В р + помесячная прибавка в весе
2. Д.В. = 3400 + 1400 = 4800 гр
3. Суточное количество пищи 1/6 от веса
4. Vсут = 4800: 6 = 800 мл (в сутки)
5. V1 = 800: 6 = 130 мл (объем на одно кормление)
6. Допустим, что на контрольном взвешивании ребенок высосал 60 мл молока, тогда докорм будет: 130 – 60 = 70 мл

**Меню**

6 ºº - грудное молоко

9 ³º - ГМ 60 мл + молочная смесь «Нутрилак» 70 мл

13 ºº - ГМ 60 мл + молочная смесь «Нутрилак» 70 мл

16 ³º - ГМ 60 мл + молочная смесь «Нутрилак» 70 мл

20 ºº - молочная смесь «Нутрилак» 130 мл

23 ³º - грудное молоко

Таблица № 3

**Календарь прививок**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст ребенка | Проводимая прививка | Доза и место инъекции |
| 3 месяца | V1 АКДСV2 гепатитV1 полиомиелит | 0,5 в/м область ягодицы0,5 в/м область бедра0,5 в/м передняя поверхность бедра |
| 4,5 месяца | V2 АКДС V2 полиомиелит | 0,5 в/м область ягодицы0,5 в/м передняя поверхность бедра |
| 6 месяцев | V3 АКДСV3 гепатитV3 полиомиелит | 0, 5 в/м область ягодицы0,5 в/м бедро0,5 в/м передняя поверхность бедра |
| 12 месяцев | V корь + паротитV краснуха | 0,5 п/к в верхней трети плеча0,5 п/к в верхней трети плеча  |

10 – 12 месяцев RM (реакция Манту)

2 ME в/к в средней трети предплечья

Четный год – правая рука

Нечетный - левая рука.

**5. Острая сосудистая недостаточность. Диагностика. Помощь**

Острая сосудистая недостаточность – это состояние, характеризующееся нарушением соотношения между емкостью сосудистого русла и объемом циркулирующей крови. Выделяют следующие клинические формы острой сосудистой недостаточности – обморок, коллапс, шок.

**Обморок**

Обморок – это синкопальное состояние, характеризующееся внезапной потерей сознания вследствие преходящего нарушения мозгового кровообращения.

**Клиника:** Клиническая картина представлена следующими симптомами: слабость, мелькание «мушек» перед глазами, нарастающий шум в ушах, тошнота, чувство нехватки воздуха, бледность кожных покровов, конечности холодные на ощупь, пульс слабого наполнения, артериальное давление понижено. Развивается кратковременная (3-5 минут) потеря сознания, характерно быстрое восстановление сознания, ребенок ориентируется в окружающем, помнит обстоятельства, предшествующие обмороку.

**Диагностика и дифференциальная диагностика:**

Диагностика обморока проводится на основании данных анамнеза, наличия заболеваний, которые могут быть причиной синкопального состояния, характерной клинической симптоматики, быстрого выхода из синкопального состояния, сохранение ориентации после обморока. Дифференциальная диагностика проводится с эпилепсией, гипогликемическим состоянием, анемическим синкопальным состоянием, истерией. Для эпилептического припадка характерна потеря сознания, судороги, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, отчетливая амнезия после пароксизма. Изменения пульса, артериального давления не характерны. Гипогликемическое состояние развивается у больных сахарным диабетом, получающих инсулин. Характерна выраженная слабость, мышечная гипотония, головная боль, потливость, снижение сахара крови. При анемии обморочные состояния связаны с нарастающей гемической гипоксией, характерна выраженная бледность кожи и слизистых, симптомы сидоропении при железодефицитных состояниях, систолический шум над областью сердца, данные за желудочно-кишечное кровотечение, снижение уровня гемоглобина и эритроцитов в периферической крови.

**Неотложные мероприятия при обмороке:**

1. Придать больному горизонтальное положение с приподнятым ножным концом.
2. Освободить от стесняющей одежды.
3. Обеспечить доступ свежего воздуха, провести ингаляцию увлажненного кислорода.
4. Согреть ребенка (обложить грелками).
5. Использовать рефлекторные воздействия: сбрызнуть лицо холодной водой, дать вдохнуть пары нашатырного спирта или уксуса.
6. При выходе из этого состояния дать выпить горячий сладкий чай.
7. При затянувшемся обмороке – ввести кордиамин или кофеин 0,1 мл/год жизни п/к.
8. При выраженной артериальной гипотензии ввести в/в струйно или в/м, или п/к мезатон 1% раствор в разовой дозе 0,1 мл/год жизни.

Госпитализация показана во всех случаях впервые возникшего синкопального состояния для уточнения его генеза.

**Коллапс**

Коллапс – это остро развившееся нарушение кровообращения, характеризующееся резким падением сосудистого тонуса, уменьшением объема циркулирующей крови, резкой гипоксией головного мозга

**Клиника:**

Клиническая симптоматика коллапса развивается в период разгара основного заболевания. Состояние больного резко ухудшается, появляется резкая слабость, головокружение, озноб, нарастает вялость ребенка, вплоть до адинамии, сознание сохранено, резкая бледность кожных покровов, конечности холодные, акроцианоз, тахикардия, нитевидный пульс, приглушенность тонов сердца, артериальное давление снижено, периферические вены в спавшемся состоянии. У детей раннего возраста коллапс на фоне тяжелых инфекций может протекать с судорогами и потерей сознания.

**Диагностика коллапса** основывается на изучении данных анамнеза, характерной клинической картины.

**Неотложные мероприятия:**

1. Придать больному горизонтальное положение с приподнятым ножным концом.
2. Освободить от стесняющей одежды и обеспечить доступ свежего воздуха.
3. Провести ингаляцию увлажненного кислорода.
4. Согреть ребенка (обложить грелками).
5. Провести мероприятия, направленные на повышение артериального давления:
	* Обеспечить доступ к периферической вене и начать инфузию раствором реополиглюкина или кристаллоидов из расчета 20 мл/кг в течении 20-30 минут
	* Одновременно ввести глюкокортикоиды в разовой дозе: 10-20 мг/кг в/в, преднизолон в дозе 5-10 мг/кг в/в или в/м, дексаметазон в дозе 0,3-0,6 мг/кг (в 1мл 0,4% раствора – 4мг) в/в или в/м.
6. При некупирующейся артериальной гипотензии повторно ввести растворы кристаллоидов в объеме 10 мл/кг в сочетании с раствором реополиглюкина 10мл/кг. Назначить 1% раствор мезатона в/в струйно медленно, 0,2% раствор норадреналина в/в капельно в 50 мл 5% глюкозы сос скоростью 10-20 капель в минуту, в разовой дозе 0,05-0,1 мл/год жизни.
7. При неэффективности проводимой терапии показано титрованное введение допамина в дозе 8-10 мкг/кг/мин под контролем уровня артериального давления в условиях реанимационного отделения.

**Кардиогенный шок**

Кардиогенный шок – это экстремальное состояние, характеризующееся прогрессивным снижением сердечного выброса, падением артериального давления, нарушением микроциркуляции, гомеостаза и угнетением функции жизненно важных органов.

**Клиника:** Симптомы кардиогенного шока развиваются внезапно на фоне основного заболевания. Состояние больного резко ухудшается, нарастает бледность, акроцианоз, холодный пот, подкожные вены спавшиеся, положительный симптом «белого пятна», дыхание поверхностное, пульс частый, нитевидный, прогрессирующее падение артериального давления, увеличение печени, олигурия, кратковременное возбуждение сменяется комой.

**Диагностика и дифференциальная диагностика** проводится на основании амнестических данных, указывающих на заболевание, которое может являться причиной кардиогенного шока, клинической симптоматики и выявлении патогномоничного признака – прогрессирующего падения артериального давления (систолическое давление ниже 60 мм.рт.ст., пульсовое – менее 20 мм.рт.ст.). Дифференциальный диагноз проводят с другими видами шока: инфекционно-токсическим, травматическим, геморрагическим, болевым и др.

**Неотложная помощь:**

1. Оказание неотложной помощи должно начинаться с мероприятий по устранению причин кардиогенного шока.
2. Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей.
3. Кислородотерапия.
4. Обеспечить доступ к вене, т.к. иные пути введения лекарственных препаратов вследствие нарушений микроциркуляции неэффективны.
5. Ввести в/в капельно реополиглюкин 5-8 мл/кг, 10% раствор глюкозы и 0,9% раствор хлорида натрия в соотношении 2:1 в дозе 50 мл/кг, кокарбоксилазу 100-200 мг, 7,5% раствор хлорида калия в дозе 0,5 мл/кг.
6. Ввести в/в гидрокортизон 10-15 мг/кг или преднизолон в/в струйно в дозе 2-5 мг/кг.
7. При выраженном болевом синдроме в/в струйно промедол 1% раствор 0,1 мл/год жизни или баралгин 0,1-0,2 мл/год жизни или анальгин 50% раствор 0,1-0,2 мл/год жизни.
8. При наличии психомоторного возбуждения – диазепам (седуксен, реланиум, сибазон) 0,5% раствор 0,1-0,3 мг/кг в/в струйно или дроперидол 0,25% раствор 0,05 мл/кг в/в.

Госпитализация обязательна во всех случаях развития кардиогенного шока при транспортабельности больного, в остальных случаях – вызов экстренной помощи «на себя».

**Заключение**

Изучив данный материал, мы пришли к выводу, что сестринский процесс является методом организации и оказания сестринской помощи больным и здоровым детям. Он включает в себя пациента, его родителей и медицинскую сестру в качестве взаимодействующих лиц. Поэтому уже сейчас медицинская сестра должна иметь другое мышление, иной подход к своим профессиональным задачам и более широкую самостоятельность в практической деятельности.

На любом этапе своей деятельности, будь то ясли, детский сад, школа, поликлиника или отделение, медсестра несет ответственность за сохранение здоровья детей. Наши дети, по выражению известного польского педагога Януша Корчака, - поэты и философы. Они «…сильно радуются и горюют, легко сердятся и любят, глубоко чувствуют, волнуются, сочувствуют и вдумываются». Чтобы не разрушить этот сложный мир детства, медицинская сестра должна глубоко изучить его, чтобы не навредить ребенку.

**Список использованной литературы**

1. Захарова Л.И., Двойников С.И., Рябникова Г.В., Чайковская М.В. «Сестринское дело в педиатрии. Руководство. – Самара. ГП. «Перспектива», 2000. – 512 с.
2. Капитан Т.В. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми / Т.В. Капитан. – 5-е изд., доп. – МЕДпресс-информ, 2009. – 656 с.: ил.
3. Неотложная помощь на догоспитальном этапе в педиатрической практике. Методические рекомендации под общей редакцией проф. В.И. Макаровой, Архангельск, 2001.
4. Неотложная помощь детям на догоспитальном этапе при соматических заболеваниях. Коллектив авторов: проф. В.И. Макарова, проф. Л.И. Меньшикова, доц. И.В. Бабикова, доц. Н.Л. Избенко, доц. Е.А. Рябова, доц. Плаксин В.А, Архангельск, 2008.
5. Севостьянова Н.Г. «Сестринское дело в педиатрии. Часть I – М.: АНМИ, 2002. – 603 с.
6. Тульчинская В.Д., Соколова Н.Г., Шеховцова Н.М. «Сестринское дело в педиатрии». Серия «Медицина для вас». Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 384 с.