|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
|  | **Тема 4 «Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возраста в гастроэндокринологии»**  Задание «Сестринский уход за больными детьми дошкольного и школьного возрастав гастроэндокринологии»  Вы работаете в гастроэндокринном отделении. На вашем попечении 2 палаты, где находятся на лечении 4 детей.   1. Мальчик 12 лет с диагнозом: Дискинезия желчевыводящих путей по гипертоническому типу. Синдром раздраженного кишечника 2. Мальчик 14 лет с диагнозом: НР-ассоциированный распространенный гастрит. Язвенная болезнь желудка. 3. Ребенок 5 лет, госпитализирован с мамой с диагнозом. Впервые выявленный инсулин-зависимый сахарный диабет, некомпенсированный. 4. Девочка 15 лет с диагнозом – Тиреотоксикоз с диффузным зобом средней степени тяжести.  * Составьте план мероприятий по уходу за каждым ребенком   ОТВЕТ:   1. **ДЖВП** – это нарушение двигательной активности или моторики желчного пузыря и желчных путей, что сопровождается неправильным поступления желчи в 12-перстную кишку и может проявляться болями в правом подреберье. Существует 2 основных формы ДЖВП с разной клинической картиной. Диагностика:Скриннинговые методы: Трансабдоминальная ультрасонография органов брюшной полости ([УЗИ](https://www.promedicina.clinic/adult/services/ultrazvukovaya-diagnostika/)); Функциональные пробы печени (определение уровня АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ), панкреатические ферменты в крови и моче; Эзофагогастродуоденоскопия с прицельным осмотром фатерова сосочка.   УЗИ с оценкой функционального состояния желчного пузыря и сфинктера ОДДИ;  Эндоскопическая ультрасонография;  Этапное хроматическое дуоденальное зондирование и т.д.  При гипертонической дискинезии ограничивают употребление продуктов, вызывающих сокращение жёлчного пузыря: жирные, мясные продукты, растительное масло, изделия из жирного теста, пиво, газированные напитки, мороженое. Дети с дискинезией желчевыводящих путей нуждаются в диспансерном наблюдении педиатра, детского невролога и гастроэнтеролога, контроле УЗИ, проведении курсов желчегонной терапии дважды в год, оздоровительном отдыхе в специализированных санаториях. Необходимо следить за питанием и режимом ребенка, его эмоциональным состоянием.  **Принципы лечения в периоде обострения:**  **1. Нормализация режима дня.** Для дошкольников обязательно организация дневного сна. Для школьников ночной сон должен быть не менее 9 ч. Исключение стрессовых ситуаций в семье и школе. **2. Коррекция питания.** Диета № 5. Прием пиши дробный 5-6 раз и регулярный. Из рациона исключаются: острые, соленые, маринованные, конченые, жареные продукты; крепкие бульоны, газированные напитки, кофе, какао, шоколад; тугоплавкие жиры; свинина и баранина. При гипертонической форме ДЖВП необходимо также ограничить продукты. усиливающие процессы гниения и брожения в кишечнике: цельное коровье молоко, сдобное тесто, консервы. При гипотонической форме ДЖВП рекомендуется употребление овощей, фруктов и продуктов, богатых пищевыми волокнами: курага, клубника, малина, овсяные хлопья, пшеничные отруби. **3. Лекарственная терапия.** - Спазмолитики для устранения боли: но-шпа, мебеверин, «одестон». - Желчегонные препараты: аллохол, холензим, фламин, хофитол, холаготум, Гепабене, холосас, сорбит, сернокислая магнезия.  - Мотилиум - для повышения тонуса и моторики желчного пузыря и протоков. - Генатопротекторы: Лиф-52, генатофальк, «Гепабене». - Седативные препараты- валериана, пустырник, новоиассит; ноотропы и глицин в тяжелых случаях. **4. Фитотерапия.** Отвары трав цветки бессмертника, кукурузные рыльца, зверобой, мята, календула, валериана. **5. Прием минеральных вод.** Ессентуки № 17, Арзни - при гипотонической форме ДЖВП, Ессентуки № 4, Нарзан №7- при гипертонической форме ДЖВП. **6. Немедикаментозные методы.** Физиотерапевтические процедуры: парафин, озокерит, электрофорез; ЛФК: иглорефлексотерапия; лазеротерапия. В периоде ремиссии проводится диспансерное наблюдение гастроэнтерологом или педиатром в течение 3 лет. Ребенок должен соблюдать диету, щадящий режим дня. Проводятся плановые осмотры гастроэнтерологом (педиатром), санация хронических очагов инфекции и противорецидивное лечение (желчегонные препараты, комплекс витаминов группы В. тюбажи) 2 раза в год весной и осенью: ФТЛ и ЛФК.  **Сестринские вмешательства**   1. Контроль соблюдения лечебно-охранительного режима провести беседу с пациентом/родителями о заболевании и профилактике осложнений, обострения. 2. Объяснить пациенту/родителям о необходимости соблюдения постельного режима, контроль соблюдения. 3. Контролировать наличие горшка в палате для пациента; 4. Предупредить пациента и/или его родителей о том, что ребенок должен мочиться в горшок. Посещение туалета временно запрещено. 5. Рекомендовать родителям принести любимые книжки, игрушки 6. Влажная уборка и регулярное проветривание. 7. Смена постельного, нательного(если нужна помощь) белья; 8. Проведение беседы с пациентом и/или родителями об особенностях питания, о необходимости соблюдения диеты, контроль соблюдения диеты. 9. Выполнять назначения врача. 10. Контроль физиологических отправлений (цвет, запах, количество, консистенция). 11. Контроль за состоянием пациента (АД, ЧСС,ЧДД, температура тела) 12. **Hp-ассоциированный гастрит (воспаление слизистой оболочки желудка)** — заболевание, вызванное присутствием и жизнедеятельностью в желудке бактерии Helicobacter Pylori.   Является хроническим гастритом типа В.  **Язвенная болезнь** – хроническое, циклически протекающее заболевание желудка или двенадцатиперстной кишки с образованием в периоды обострения язв.  **Лечение хронического гастрита**   |  | | --- | | *Хронический гастрит типа В* | | Механическое, химическое, термическое щажение слизистой желудка | | Столы № 1а – 1б – 1  Исключающий средства повышающие секрецию желуд. сока (соки, бульоны) | | *Диета* | | Маломинерализированные щелочные мин. воды (Боржоми, Саирме, Славянская). В подогретом виде (до 40˚) ½ стак. 3 раза в день через 30-40 мин. после еды | | *Лекарственная терапия* | | Антибактериальная терапия: ДЕ-НОЛ + тетрациклин + трихопол | | Ингибиторы желудочной секреции: циметидин, ранитидин, гастроцепин | | Антациды: альмагель, фосфалюгель | | Пленкообразующие препараты: вентер, сайотек, биогастрон | | Холинолитики: метацин, платифиллин |   **Диспансеризация**  Осмотры пациентов проводятся 1-2раза в год и при необходимости дополняются гастроскопией с биопсией, особенно в случаях атрофического гастрита и болезни Менетрие.  **Лечение**  **Общие указания**  1. Диета: регулярный прием пищи, с исключением только блюд, вызывающих или усиливающих жалобы. Ограничить употребление кофе и крепкого алкоголя.  2. Избегать НПВП либо включить одновременное применение гастропротекторного лечения.  **Лечение инфекции H. pylori**  Лечение указывается в любом случае подтвержденной инфекции.  **1. Схема**, предпочитаемая в странах с количеством штаммов H. pylori, устойчивых к кларитромицину, ≥15-20% — т. н. четверная терапия с висмутом; в течение 14 дней следует применять:  1) ингибитор протонной помпы (ИПП): эзомепразол 20 мг 2 × в день, лансопразол 30 мг 2 × в день, омепразол 20 мг 2 × в день, пантопразол 40 мг 2 × в день, рабепразол 20 мг 2 х в день и  2) висмут 120 мг 4 × в день (доза в пересчете на оксид висмута) и 2 антибиотика — стандартно метронидазол 500 мг 3 × в день и тетрациклин 500 мг 4 × в день; также доступен препарат, содержащий в одной капсуле висмут (40 мг в пересчете на оксид висмута), 125 мг метронидазола и 125 мг тетрациклина для использования по 3 капс. 4 × в день. Другие антибиотики: амоксициллин 500 мг 4 × в день, фуразолидон, рифабутин.  **2. Схема** второго выбора в случае недоступности вышеуказанного — т. н. четверная терапия без висмута: следует применять в течение 14 дней ИПП (как выше) + амоксициллин 1 г 2 × в день, + кларитромицин 500 мг 2 × в день + метронидазол 500 мг 2 × в день или тинидазол 500 мг 2 × в день.  **3. В странах с редко наблюдающейся устойчивостью H. pylori к кларитромицину** его в дальнейшем можно использовать в лечении первого выбора в рамках классической тройной терапии (в течение 14 дней ИПП + 2 из 3 антибиотиков: кларитромицин , амоксициллин и метронидазол в дозах как выше; взвесьте удвоение дозы ИПП, чтобы увеличить эффективность). В остальных странах не следует применять схем с кларитромицином, если не доказано чувствительности H. pylori.  **4. Эмпирическое лечение второго выбора в случае неудачной эрадикации:**  1) после неудачной четверной терапии с висмутом → левофлоксацин, обычно 500 мг/сут + амоксициллин + ИПП (дозы смотрите выше);  2) после неудачных схем с кларитромицином → четверная терапия с висмутом или схема с левофлоксацином (смотрите выше).  В случае второй неудачи → лечение в соответствии с определенной антибиотикочувствительностью H. pylori (или четверная терапия с висмутом, если ранее не применялась).  Толерантность лечения может улучшить применение пробиотиков, напр. Saccharomyces boulardii (наиболее документально подтвержденная эффективность), Lactobacillus spp., Bifidobacterium spp.  **Сестринские вмешательства**   1. Следить за соблюдением диеты пациентом. 2. Провести беседу с родственниками о необходимости поддерживать пациента в соблюдении предписанной врачом диеты (№1 или №2) 3. Провести беседу с пациентом о профилактике обострений 4. Объяснить и подготовить пациента к лабораторным и инструментальным исследованиям по назначению врача. 5. Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов. 6. Показан постельный режим. 7. Избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться. 8. Ограничение физической нагрузки. 9. Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки. 10. Необходимо наблюдать за частотой пульса, артериальным давлением, температурой тела, переносимостью пищи, стулом (частота, консистенция). 11. Для профилактики развития хронического гастрита больному рекомендуется рациональное питание, избегать злоупотребления спиртными напитками, курением. 12. Сахарный диабет – заболевание, в основе которого лежит абсолютная или относительная недостаточность инсулина, приводящая к нарушению всех видов обмена веществ. Лабораторная диагностика. При лабораторном исследовании в крови обнаруживаются гипергликемия, кетонемия, ацидоз; в моче — высокая плотность, глюкозурия, кетоновые тела. Колебания сахара в моче (крови) можно установить по глюкозурическому (гликемическому) профилю. Для ориентировочного определения гликемии (экспресс методы диагностики) можно пользоваться индикаторными полосками ―декстонал, ―декстростикс, для определения сахара в моче применяются ―Глюкотест, ―Мультистикс; кетоновые тела в моче определяют с помощью ―Кетостикса. Средства мониторинга глюкозы: прибор Continious Glucose Monitoring System, CGMS. Крепится на поясе и с помощью подкожного сенсора (меняется каждые 3 дня) мониторирует уровень глюкозы крови. 13. Инсулиновая помпа: небольшой компьютер, с помощью которого вводится непрерывно ультракороткий инсулин через небольшой пластмассовый катетер в подкожножировую клетчатку. 14. Искусственная поджелудочная железа»: устройство, объединяющее систему непрерывного мониторинга глюкозы и инсулиновую помпу; полностью воспроизводит функцию β-клеток.   **ЛЕЧЕНИЕ**  В лечении манифестной стадии заболевания используется заместительная терапия препаратами инсулина в сочетании с диетой и дозированной физической нагрузкой. Питание больных с учетом пожизненной терапии должно быть строго сбалансированным и физиологическим по калорийности, содержанию белков, углеводов, витаминов, минеральных веществ (стол №9). Особенностью диеты является исключение легкоусвояемых углеводов — сахара, конфет, пшеничной муки, макаронных изделий, манной, рисовой круп; крахмала, винограда, бананов, хурмы. Рекомендуется их замена на углеводы, содержащие большое количество клетчатки, замедляющей всасывание глюкозы (ржаная мука, гречневая, пшенная, перловая, овсяная крупы, картофель, капуста, морковь, свекла). Сахар заменяют сорбитом или ксилитом. Показано умеренное ограничение жиров, особенно животного происхождения. Необходимым условием диетотерапии является шестиразовое питание, которое состоит из трех основных приемов пищи (завтрак, обед и ужин по 25% суточной калорийности) и трех дополнительных (второй завтрак и полдник по 10%, второй ужин — 15% суточной калорийности).  **Особенности ухода за больным сахарным диабетом.** Уход за ребенком требует тщательного туалета кожи и слизистых оболочек. Больным ежедневно проводится гигиеническая ванна, для мытья используется губка, а не мочалка во избежание нарушения целостности кожи. Рекомендуется мыло со смягчающим действием детское, глицериновое, ланолиновое. Больные нуждаются в частой смене нательного и постельного белья. Необходим тщательный уход за полостью рта. Большого внимания требует гигиена ног. Ноги ребенка следует промокать мягким полотенцем, тщательно просушивая промежутки между пальцами. После мытья ног необходимо осторожно обрезать ногти так, чтобы они не выходило за пределы ногтевого ложа. Носки или колготки меняют не реже 1 79 раза в 2 дня, летом ежедневно. Обувь должна быть свободной, не натирать ноги и закрывать пальцы. Появление молочницы, стоматита, опрелостей, пиодермии, грибковых заболеваний требует своевременного лечения и тщательного ухода.   1. Сестра осуществляет контроль за лечебным питанием больного, контролирует передачи, при необходимости проводит с родственниками разъясняющие беседы о значении лечебного питания и возможных последствиях нарушения диеты. Для сведения родственников на информационном стенде указывается перечень разрешающих продуктов и их допустимое количество. С целью выявления продуктов, не соответствующих лечебному столу, сестра ежедневно проверяет продукты, хранящиеся в прикроватных тумбочках холодильнике. Получает на ночь пищу для оказания неотложной помощи больным в случае развития гипогликемических состояний. 2. Осуществляется постоянное наблюдение за больными, включая ночное время. Учитывает при этом, что в 3-4 ч ночи уровень гликемии наиболее низкой, между 5-8 ч утра - наиболее высок. 3. Умеет выявлять клиническое признаки коматозных состояний и оказывать помощь. 4. Владеет методикой экспресс — диагностики.  5. Знает основные правила хранения и введения инсулина. 6. Контролирует посещение больными школы диабета (Посветить об этой школе маму/родственников, о том как важно посещать школу, улучшение состояния, риски осложнения и тд.)  7. Присутствует при выполнении больными первых самостоятельных инъекций с целью своевременного устранения допускаемых ошибок.   **Диспансерное наблюдение**   1. Наблюдение участкового педиатра и эндокринолога до передачи во взрослую сеть. Ежемесячные осмотры. 2. Лечение бесплатное 3. Обучение родителей и ребенка методам компенсации СД в «Школе сахарного диабета» самоконтролю сахара крови, мочи, ацетона в моче. 4. При диабете более 5 лет – тщательный контроль за АД, мочи на белок (МАУ), исследование глазного дна, прозрачных сред глаза 5. Периодические (каждые 6 – 12 месяцев) обследования и коррекция доз инсулина 6. Осмотр окулиста, невролога, стоматолога, ЭКГ, санация очагов инфекции 2 раза в год 7. Контроль динамики веса и роста. 8. Информировать воспитателей и учителей о болезни ребенка. 9. Ограничение физических и психических нагрузок, укороченная учебная неделя, освобождение от экзаменов, физкультуры, но умеренные регулярные физические нагрузки (уменьшают потребность в инсулине) через час после приема пищи. 10. Санаторно-курортное лечение (г. Есентуки) подростков (доза инсулина не более 0,5 ед на кг массы).   Критерии эффективности наблюдения:   * нормализация показателей углеводного обмена; * отсутствие острых состояний и сосудистых осложнений; * нормальные размеры печени; * правильное половое и физическое развитие. **Профилактика.** Заключается в наблюдении за детьми группы риска, рациональном их питании, предупреждении инфекционных заболеваний, психических и физических травм, ведении активного образа жизни.   Различают формы течения тиреотоксикоза:   * легкую; * среднюю; * тяжелую.   Формы, как правило, не совпадающие с размерами железы. По мере утяжеления болезни - учащается пульс, растет потеря массы тела, усиливаются основной обмен, признаки офтальмопатии. **Диагностика.** Диффузное увеличение щитовидной железы можно диагностировать уже при пальпации, а иногда и при осмотре шеи. Для получения достоверной информации об объѐме, размерах и структуре этого эндокринного органа необходимо проведение еѐ ультразвукового исследования. Подтверждается при определении повышенного уровня тиреоидных гормонов, в то же время уровень ТТГ в норме или снижен; при диффузном нетоксическом зобе уровни Т3 и Т4 нормальные или умеренно снижены, а содержание ТТГ повышено.  **Лечение/Сестринский уход:**  Терапия может быть консервативной и хирургической.  Цель первой — нормализовать уровни Т3 и Т4 тиреостатиками и оказать иммунодепрессивное воздействие на щитовидную железу. Назначают мерказолил и его аналоги (тиамазол, неомерказол и др.). Мерказолил дают в течение 2—6 нед из расчета 15—20 мг/м2 или 0,5—1 мг/кг на 3 приема в сутки. Далее дозу снижают каждые 1—2 нед по 5— 10 мг до поддерживающей, которая составляет 2,5—5 мг, и ребенок продолжает ее получать 6—12 мес под контролем клинических показателей уровня гормонов в крови.  Санаторно-курортное лечение до снятия тиреотоксикоза не показано, но по достижении эутиреоза больных можно направлять в местные санатории в любое время года, а в южные — только с октября по май. Больным рекомендуют теплый душ, обтирания теплой водой, солено-хвойные ванны, утреннюю гимнастику. Если зоб большой, располагается загрудинно, имеет узлы, если возник рецидив тиреотоксикоза, если зоб вызывает компрессию соседних органов, если имеется непереносимость тиреостатиков, показано хирургическое лечение. Ему обязательно должна предшествовать тиреостатическая терапия до возвращения больного ребенка к статусу эутиреоза.   * При диффузном токсическом зобе детей госпитализируют. * Из диеты больных детей исключают «возбуждающие» продукты (кофе, острые и пряные блюда), продукты, богатые йодом. Организация правильного питания ребёнка. * Больным нужен физический и психический покой. * Влажная уборка, проветривание помещения каждые 2-3 часа. * Обеспечить проведение необходимых исследований. * Провести беседу с матерью о правилах кормления ребёнка, о заболевании. * Контроль за стулом ребёнка. * Прогулки на свежем воздухе (если в условии стационара возможна и состояние ребенка позволяет) * Контроль приёма лекарственных препаратов. * Контроль за состоянием: температуры тела, АД, ЧСС, ЧДД. * Обеспечить гигиену ребёнка. * Смена нательного и постельного белья.   В зависимости от степени увеличения щитовидной железы, а также от компенсаторных возможностей детского организма применяют один из нескольких вариантов консервативной терапии, основной задачей которой является предупреждение дальнейшей гиперплазии клеток щитовидной железы.  Правильно проведенное лечение при диффузном токсическом зобе у многих больных обеспечивает выздоровление. Отношение к операции на щитовидной железе у детей и подростков сдержанное: резекция ее чревата развитием в будущем гипотиреоза. Лучше оперировать после 15—16 лет. Субтотальное удаление щитовидной железы может быть причиной развития гипотиреоза, что требует пожизненной заместительной терапии.  Составьте чек листы следующих манипуляций:   * Измерение артериального давления   **Цель:** оценка состояния сердечно - сосудистой системы и общего состояния пациента  **Показания:** контроль за состоянием пациента  **Противопоказания:** нет  **Подготовка пациента:**  психологическая подготовка пациента  объяснить пациенту смысл манипуляции  **Алгоритм действий:**   * 1. Усадить или уложить пациента в зависимости от его состояния.   2. Обнажить руку пациента, расположив ее ладонью вверх, на уровне сердца.   3. Подложить валик или кулак под локоть пациента.   4. Наложить манжету тонометра на плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба (между манжеткой и рукой пациента должен свободно проходить палец).   5. Найти пальпаторно на локтевой аптерии пульсацию, приложить фонендоскоп.   6. Соединить манжету с тонометром.   7. Нагнетать постепенно воздух баллоном до исчезновения пульсации +20-30 мм ртутного столба сверх того.   8. С помощью вентиля баллона снижать постепенно движение в манжетке, приоткрыв вентиль большим и указательным пальцами правой руки против часовой стрелки.   9. Запомнить по шкале на тонометре появление первого тона - это систолическое давление.   10. Отметить по шкале на тонометре прекращение последнего громкого тона, при постепенном снижении давления - это диастолическое давление.   11. Для получения точных результатов измерить давление 3 раза на разных руках.   12. Взять минимальное значение А\Д и записать данные в лист динамического наблюдения. * Забор кала на копрограмму, яйца глистов   1. Копрограмму  **Оснащение:**одноразовая ёмкость для сбора кала; шпатель; направление в лабораторию; полиэтиленовый пакет; судно (горшок); латексные перчатки.  **Подготовка к манипуляции**  1. Объяснить пациенту цель и ход предстоящего исследования.  2. Уточнить согласие пациента на процедуру.  3. Объяснить (или дать письменную инструкцию) состав диеты (содержащей точно дозированные определенные наборы продуктов), назначенной врачом за 4-5 дней до исследования (исключить мясо, рыбу, яблоко, зелень).  4. Обучить пациента технике сбора кала на исследование.  **ОБЯЗАТЕЛЬНО:**  Постановка клизм, приём слабительных, приём внутрь красящих веществ, железа, висмута, бария исключается!  5. Приготовить специальную одноразовую емкость с крышкой (крышка должна герметично закрывать емкость).  Исключено применение коробочек и других, не моющихся емкостей!  6. Оформить направление.  **Выполнение манипуляции:**   1. В день исследования пациент должен опорожнить кишечник в судно или горшок (без воды!), а не в унитаз. 2. Надеть перчатки перед взятием фекалий. 3. Взять кал шпателем из нескольких участков без примесей мочи, воды в количестве 5-10 гр., непосредственно после дефекации. Поместить кал в приготовленную ёмкость. 4. Закрыть крышкой ёмкость с фекалиями.   **Завершение манипуляции:**   1. Положить использованный шпатель в полиэтиленовый пакет. 2. Снять перчатки и положить их в тот же полиэтиленовый пакет. 3. Завязать пакет и выбросить. 4. Провести деконтаминацию рук. 5. Своевременно доставить в лабораторию ёмкость с фекалиями и направлением на исследование, прикрепив его к ёмкости.   2. яйца глистов  **Оснащение:**1 пара стерильных перчаток, ёмкость с дезинфицирующим раствором для перчаток, лоток для использованного инструментария, шпатель, бланк-направление, горшок, чистая сухая посуда.  **Подготовка к манипуляции:**   1. Объяснить ход манипуляции ребёнку или маме, получить информированное согласие. 2. Выписать направление на анализ. 3. Приготовить чистый горшок, обдать кипятком, остудить. 4. Посадить ребёнка на горшок для акта дефекации. 5. Провести санитарную обработку рук, надеть перчатки.   **Выполнение манипуляции:**   1. Взять на исследование свежевыделенный кал непосредственно после дефекации шпателем из нескольких участков 5-10 гр. без примесей мочи и воды в чистую сухую стеклянную посуду. 2. Закрыть крышкой. 3. Доставить кал в лабораторию в течении 1 часа или в течение 12 часов при хранении в холодильнике (Т 4-6 градусов). 4. Спросить о самочувствии пациента или убедиться, что пациент не испытывает неудобств.   **Завершение манипуляции:**   1. Подвергнуть изделия медицинского назначения многоразового или одноразового использования обработке в соответствии с отраслевыми нормативными документами по дезинфекции и предстерилизационной очистке. 2. Снять перчатки, поместить в контейнер для отходов класса В 3. Вымыть и осушить руки.  * Забор кала на бак исследование, скрытую кровь   1. Бактериологические исследования: **Цель:**диагностическая.  **Показания:**  1.Подозрение на кишечные инфекции.  2.Контактные с больными кишечными инфекциями.  3.Обследование декретированных групп.  **Противопоказания:**  1. Кровотечения из прямой кишки.  2. Геморрой в фазе обострения.  3. Трещины ануса.  4. Выпадение слизистой прямой кишки.  **Подготовить:**  1. Стерильную стеклянную баночку с широким горлом.  2. Деревянный шпатель.  3. Горшок, подкладное судно.  4. Салфетки.  5. Стерильную пробирку с петлей и раствором консерванта.  6. Перчатки.  7. Емкость с дезинфицирующим раствором.  8. Направление в лабораторию.  **Подготовка пациента:**  1. Установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход исследования, получить согласие на проведение манипуляции.  2. Пациента уложить лежа на левый  бок, ноги согнуты в коленях и приведены к животу.  **Техника выполнения:**  ***При заборе кала из прямой кишки:***  1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  2. В левую руку взять пробирку с консервантом между 5 и 4 пальцами, 1 и 2 пальцем развести ягодицы пациента.  3.Петлю вынуть из пробирки и осторожно ввести в прямую кишку на 3-4 см., сначала по направлению к пупку, а затем параллельно крестцу, также осторожно извлечь.  4. Материал погрузить в стерильную пробирку в консервант в соотношении 1/3.  ***При заборе кала из горшка и подкладного судна:***  1. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.  **2*.*** Стерильным деревянным шпателем, лучше с верхушки каловых масс, собрать кал в количестве 1-2г, причем по возможности отобрать слизь и гной (но не кровь).  3.Материал поместить в стерильную баночку, закрыв её крышкой.  **Последующий уход:**  1. Обработать анальное отверстие, при необходимости подмыть пациента.  2. Провести обработку рук.  3. Оформить направление.  4. Доставить кал в лабораторию.  **Возможные осложнения:**  1.Травматизация.  2.Инфицирование.  **Примечания:**  1. Горшок, подкладное судно, предварительно обрабатывается антисептиком и хорошо промываются горячей водой.  2. Забор материала может быть осуществлен во время ректороманоскопии с помощью стерильного ватного тампона с последующим посевом на среду.  3 Собранный материал доставляется в лабораторию без промедления. Допускается хранение в консервирующей жидкости материала до 24 часов. При температуре +2- 4°С в зависимости от типа возбудителя. Высеваемость патогенных м/о возрастает если посев испражнений производится непосредственно в отделении на плотные питательные среды  2. Скрытая кровь:  **Цель**: Выявление скрытого кровотечения из органов ЖКТ.  **Показания**: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гиперацидный гастрит и другие заболевания ЖКТ.  **Оснащение**: Стеклянный пузырек либо другая специальная емкость с палочкой (шпателем).  **Техника взятия кала для исследования на скрытую кровь**  1. В течение 3 сут из рациона питания пациента исключают продукты, содержащие железо, йод и бром: мясо и мясные изделия, рыбу и рыбные изделия, все зеленые овощи и фрукты, все овощи, окрашенные в красный цвет, гречневую кашу, а также продукты, травмирующие слизистую оболочку рта (карамель, орехи, сушки, сухари). Не рекомендуется чистить зубы щеткой, для поддержания гигиены полости рта пациенту предлагают раствор натрия гидрокарбоната или калия перманганата.  2. На период подготовки излечения исключают (и предупреждают об этом пациента) препараты, содержащие микроэлементы железа, йода и брома.  3. Определяют день забора кала и в этот день с 6.00 до 7.00 необходимо опорожнить кишечник в горшок, избегая попадания в него мочи, а затем палочкой положить небольшое количество кала в пузырек (примерно половину пузырька).  4. Отправляют кал на исследование.   * Проведение очистительной и лекарственной клизмы   1. Очистительная клизма:  **Цель:**   * добиться отхождения каловых масс.   **Оснащение:**   * резиновые перчатки, фартук; * клеенка, пеленка; * резиновый баллончик (№ 1-6) с наконечником; * емкость с водой комнатной температуры (20-22оС); * вазелиновое масло; * лоток для отработанного материала; * полотенце; * горшок.   Этапы  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить все необходимое оснащение. 3. Постелить клеенку накрыть ее пеленкой. 4. Выложить полотенце для подсушивания ребенка после процедуры. 5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 6. Взять резиновый баллончик в правую руку выпустить из него воздух набрать в него воду температуры 20-22о.   ***Примечание****:* необходимое количество воды:   * новорожденному – 25-30 мл; * грудному 50-150 мл; * 1-3 года – 150-250 мл.   Смазать наконечник вазелиновым маслом методом полива.  **Выполнение процедуры:**   1. Уложить ребенка на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах, прижать к животу.   ***Примечание*:** ребенка в возрасте до 6 месяцев положить на спину, приподнять ноги вверх.   1. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении. 2. Расположив резиновый баллон наконечником вверх нажать на него снизу большим пальцем правой руки и до появления воды. 3. Не разжимая баллончика ввести наконечник осторожно без усилий в анальное отверстие и продвинуть в прямую кишку вначале к пупку, а затем преодолев сфинктеры параллельно копчику. 4. Медленно нажимая на баллон снизу ввести воду, и не разжимая его извлечь наконечник из прямой кишки одновременно левой рукой сжать ягодицы ребенка. 5. Баллон поместить в лоток для отработанного материала. 6. Уложить ребенка на спину, прикрыв промежность пеленкой (до появления стула или позывов на дефекацию).   **Завершение процедуры:**   1. Подмыть ребенка после акта дефекации, подсушить полотенцем промокательными движениями. 2. Одеть, уложить в постель. 3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор. Вымыть и осушить руки.   2. Лекарственная клизма:  **Цель:**   * ввести лекарственный препарат через прямую кишку и обеспечить его всасывание.   **Оснащение:**   * резиновые перчатки, фартук; * клеенка, пеленка; * резиновый баллончик (№ 1-2); * емкость с лекарственным препаратом в изотоническом растворе; * вазелиновое масло; * лоток для отработанного материала; * полотенце (пеленка); * газоотводная трубка; * марлевая салфетка.   Этапы  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить все необходимое оснащение. 3. Постелить клеенку накрыть ее пеленкой. 4. Выложить полотенце (пеленку) для подсушивания ребенка после процедуры. 5. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 6. Подогреть лекарственный препарат до 37–380 и набрать его в резиновый баллончик. 7. Смазать конец газоотводной трубки вазелиновым маслом методом полива.   **Выполнение процедуры:**   1. Уложить ребенка на левый бок, согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах, прижать к животу.   ***Примечание****:* ребенка в возрасте до 6 месяцев положить на спину, приподнять ноги вверх.   1. Раздвинуть ягодицы ребенка 1 и 2 пальцами левой руки и зафиксировать ребенка в данном положении. 2. Пережав свободный конец газоотводный трубки, ввести ее осторожно без усилий в анальное отверстие и продвинуть ее в прямую кишку на 2/3 ее длины, направляя, в начале, к пупку, а затем, преодолев сфинктеры, параллельно копчику. 3. Расположив резиновый баллон наконечником вверх, нажать на него снизу большим пальцем правой руки до появления воды. Не разжимая баллончик, присоединить его к газоотводной трубке. 4. Медленно нажимая на баллон снизу, ввести лекарственный раствор, и не разжимая его отсоединить от газоотводной трубки, предварительно пережав её свободный конец. 5. Баллон поместить в лоток для отработанного материала. 6. Извлечь газоотводную трубку из прямой кишки, пропустив ее через салфетку (газоотводную трубку и салфетку положить в лоток для отработанного материала). 7. Левой рукой сжать ягодицы ребенка на 10 минут. 8. Уложить ребенка на живот.   **Завершение процедуры:**   1. Обработать перианальную область тампоном, смоченным вазелиновым маслом. 2. Одеть ребенка уложить в постель, проследить, чтобы ребенок находился в горизонтальном положении в течение 30 мин. после проведения процедуры. 3. Снять фартук, перчатки, поместить в дезраствор. Вымыть и осушить руки.  * Введение газоотводной трубки   **Показания:** метеоризм.  **Противопоказания:** выпадение прямой кишки, острые воспалительные, гнойные, язвенный процессы в области заднего прохода и толстой кишки, трещины заднего прохода и его зияние, опрелости в области заднего прохода 2-3 степени, перитонит, желудочно-кишечные кровотечения, первые дни после операции на органах брюшной полости.  **Оснащение:**  А - стерильные: газоотводная трубка, лоток, салфетки, пинцет, перчатки;  Б - лоток с водой, вазелин, вазелиновое масло, растительное масло, марлевые шарики, присыпка или детский крем, 3 пеленки, клеенка, дез.раствор.  **Техника введения газоотводной трубки:**  **Подготовка к процедуре**:   1. Положите на пеленальный столик последовательно сверху вниз: - пеленку - клеенку - пеленку; 2. Проверьте наличие на рабочем месте баночки с вазелином, стакан с водой, марлевых тампонов; 3. Проведите психологическую подготовку ребенка (мамы), объясните ход процедуры; 4. Вымойте руки; 5. Наденьте перчатки; 6. Возьмите пинцетом стерильный лоток: - положите стерильную салфетку; - возьмите стерильную газоотводную трубку и положите в салфетку; - поставьте лоток на пеленальный столик; - распеленайте или разденьте ребенка; - уложите его на спину или левый бок, согнув ноги в тазобедренном и коленных суставах.  ВНИМАНИЕ! Перед постановкой газоотводной трубки сделайте очистительную клизму.   **Выполнение процедуры:**   1. Возьмите правой рукой газоотводную трубку, закругленный конец ее смажьте вазелином или маслом (метод полива). 2. Раздвиньте ягодицы ребенка 1-2 пальцем левой руки, правой рукой, вращательными движениями без усилий введите газоотводную трубку в прямую кишку на 8-10 см (для ребенка первых месяцев жизни) так, чтобы наружный конец ее выступал из заднего прохода. 3. Опустите наружный конец газоотводной трубки в стакан с водой. 4. Проверьте отхождение газов по наличию пузырьков в воде. 5. Накройте ребенка пеленкой. 6. Оставьте газоотводную трубку на 20-30 мин, пока не отойдут газы.   Примечание: в течение 30 минут проведите ребенку легкий массаж живота по часовой стрелке через согретую пеленку.   1. Через 30 минут осторожно удалите газоотводную трубку из прямой кишки. 2. Положите газоотводную трубку в дез.раствор.   **Окончание процедуры:**   1. Обработайте после удаления газоотводной трубки окружность заднего прохода марлевым шариком, обработайте кожу в области заднего прохода детской присыпкой или кремом, 2. Запеленайте или оденьте ребенка, положите в кроватку.   Инфекционный контроль:   1. Снимите перчатки и погрузите их в 3% р-р хлорамина на 60 минут, 2. Газоотводную трубку замочить в 3% р-ре хлорамина на 60 минут. 3. Клеенку протереть двукратно 1% р-м хлорамина, 4. Обработайте руки на гигиеническом уровне. ***Примечание:*** через 3 часа процедуру можно повторить.  * Проведение фракционного желудочного зондирования   **Цель:**   * определить кислотность желудочного сока.   **Оснащение:**   * резиновые перчатки; * стерильный желудочный зонд, полотенце; * капустный отвар, подогретый до 39-400С; * стерильный шприц в лотке, зажим, кипяченая вода; * штатив с 10 пробирками, пронумерованными от 0 до 9; * резиновая емкость для остатков желудочного содержимого, пробного завтрака; * часы; * бланк – направление в клиническую лабораторию; * лоток для обработанного материала.   **Обязательное условие:**   * проводить процедуру натощак; * приготовить капустный отвар накануне вечером по следующему рецепту: 0,5кг капусты + 0,5л. воды, кипятить 0,5 часа после закипания, затем настоять 0,5 часа и процедить.   Этапы  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить необходимое оснащение. 3. Выписать направление в клиническую лабораторию. 4. Вымыть осушить руки, надеть перчатки. 5. Усадить ребенка; измерить зондом расстояние от мочки носа и от кончика носа до конца мечевидного отростка. 6. Сделать метку на зонде   **Выполнение процедуры:**   1. Взять зонд правой рукой на расстоянии 12-15 см от «слепого» конца, а левой рукой поддерживать его свободный конец. 2. Смочить «слепой» конец зонда кипяченой водой методом полива. 3. Предложить ребенку открыть рот и положить «слепой» конец зонда по средней линии на корень языка. 4. Предложить ребенку закрыть рот, глубоко дышать и делать глотательные движения. 5. Во время глотательных движений ввести зонд до метки.   ***Примечание****:* если ребенок во время введения зонда начал кашлять, задыхаться, немедленно извлечь зонд.   1. Завести зонд за зубы указательным пальцем правой руки. 2. Попросить ребенка сжать зубы и не разжимать их до конца зондирования. 3. Уложить ребенка на левый бок. 4. Дать полотенце и попросить сплевывать в него слюну в течение всего времени проведения процедуры. 5. Опустить свободный конец зонда в 0 пробирку и собрать в нее остатки желудочного содержимого   ***Примечание*:** при большом его количестве – использовать дополнительную емкость.   1. При прекращении истечения остатков желудочного содержимого (определяется по истечению мутности, различных примесей), наложить зажим или завязать зонд на 15 мин. 2. Через 15 мин. снять зажим, развязав зонд, собрать желудочный сок самотеком или с помощью шприца в одну пробирку. 3. Вновь наложить зажим завязать зонд на 15 мин., после чего снять его и собрать желудочный сок в пробирку 2. Аналогично собрать желудочный сок в пробирку 3 и 4. 4. Ввести в желудок через зонд с помощью шприца теплый пробный завтрак (капустный отвар) и завязать зонд на 15 мин.   ***Примечание****:* количество капустного отвара определяется по формуле n\* 10, где n – число лет ребенка.   1. Через 15 мин. развязать зонд и собрать в пробирку 5 остатки пробного завтрака 2. После их истечения наложить зажим на зонд, завязать на 15 мин. 3. Через 15 мин. снять зажим, развязать зонд и собрать желудочный сок самотеком или с помощью шприца в 6 пробирку. 4. Вновь наложить зажим, завязать зонд на 15 мин., после чего снять его и собрать желудочный сок в пробирку 7. Аналогично собрать желудочный сок в пробирку 8 и 9. 5. Быстрым движением извлечь зонд из желудка. 6. Поместить зонд в лоток.   **Завершение процедуры:**   1. Весь использованный инструментарий подвергнуть дезинфекции. 2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки . 3. Организовать транспортирование полученного материала (в биксе) в лабораторию с направлением на не позднее 2 часов после сбора.  * Проведение фракционного дуоденального зондирования   **Цель:**   * определить тип дискинезии желчевыводящих путей; * обнаружить лямблии.   **Оснащение:**   * резиновые перчатки; * стерильный дуоденальный зонд с оливой, полотенце; * 33% раствор сернокислой магнезии, подогретой до 39-400С; * стерильный шприц в лотке, кипяченая вода; * штатив с промаркированными пробирками: А-1 шт., В-5 шт., С-1 шт.; * набор резервных пробирок; * грелка, заполненная теплой водой и обернутая полотенцем или щеткой, сложенной в 4 слоя; * емкость для сбора желудочного содержимого в ходе продвижения зонда в 12-перстную кишку, часы, бумага, ручка для фиксирования времени; * бланк-направление в клиническую лабораторию, лоток для отработанного материала.   **Обязательное условие:**   * проводить процедуру утром натощак.   Этапы  **Подготовка к процедуре:**   1. Объяснить маме (ребенку) цель и ход проведения процедуры, получить согласие. 2. Подготовить необходимое оснащение, выписать направление в клиническую лабораторию. 3. Вымыть и осушить руки, надеть перчатки. 4. Усадить ребенка, сделать первую метку на зонде, измерив зондом расстояние от мочки уха до кончика носа до конца мечевидного отростка. Сделать вторую метку на зонде, измерив расстояние от конца мечевидного отростка до пупка + 2 см.   **Выполнение процедуры:**   1. Взять зонд правой рукой на расстоянии 10-15см от «слепого» конца, смочить его кипяченой водой методом полива. 2. Предложить ребенку открыть рот и положить слепой конец зонда по средней линии на корень языка. 3. Предложить ребенку закрыть рот, глубоко дышать и делать глотательные движения. Во время глотательных движений ввести зонд до 1 метки. 4. Примечание: если во время введения ребенок начал кашлять, задыхаться, немедленно извлечь зонд. 5. Уложить ребенка на правый бок на грелку, обернуть полотенцем или пеленкой, сложенной в 4 слоя. Опустить свободный конец зонда в емкость, предназначенную для сбора желудочного содержимого во время продвижения зонда. 6. Предложить ребенку самостоятельно во время глотательных движений медленно в течение 20-30 мин. продвинуть зонд до второй метки. 7. Завести зонд за зубы указательным пальцем правой руки. Попросить ребенка сжать зубы и не разжимать их до конца зондирования. 8. При появлении в емкости секрета светло-желтого цвета поместить свободный конец зонда в пробирку "А" и собрать кишечную порцию (до ее прекращения или изменения цвета). 9. С помощью шприца ввести через зонд теплый раствор сернокислой магнезии в количестве 20-30 мл. Зафиксировать время ее введения, подняв свободный конец зонда зажать на 1-2 минуты. 10. Разжать зонд и опустить его свободный конец в одну пробирку В. Зафиксировать на бумаге время появления порций. 11. Собрать «пузырную порцию» В по 5 минут в 4 пробирки, а в 5 пробирке оставить зонд до изменения цвета желчи. 12. Примечание: при большом количестве порции «В» добавить для ее сбора резервные пробирки. Зафиксировать время появления печеночной порции "С". 13. Собрать 5-10 мл печеночной порции С. 14. Быстрым движением извлечь зонд из желудка через полотенце. Поместить зонд в лоток.   **Завершение процедуры:**   1. Весь инструментарий подвергнуть дезинфекции. 2. Снять перчатки, вымыть и осушить руки. 3. Организовать транспортирование полученного материала (в бокс) в лабораторию в сопровождении направления.   **ТЕСТ**   1. А 2. Б 3. А 4. Б 5. Г 6. А 7. А 8. А 9. Б 10. Б 11. А 12. Г 13. В 14. В 15. А 16. Б 17. Б 18. Г 19. А 20. А 21. А 22. А 23. А 24. Г 25. Б 26. Г 27. А 28. А 29. В 30. А |  |  |