

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051508
Болтенковой Екатерины Алексеевны**

Научный руководитель
преподаватель Витива Н.В.

Рецензент
старшая медицинская сестра
по амбулаторно-поликлинической
помощи
ОГБУЗ «ОДКБ»
Кузьмина С.Б.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ	5
1.1. Понятие заболевания желудочно-кишечного тракта	5
1.2. Причины развития заболеваний желудочно-кишечного тракта	7
1.3. Факторы, способствующие развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей.....	8
1.4. Клинические проявления заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей.....	10
1.5. Лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей	13
1.6. Организация лечебного питания при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей.....	17
1.7. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей... ..	24
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ	27
2.1. Организационная характеристика детской консультации ОГБУЗ «Областная детская клиническая больница» г.Белгорода.....	27
2.2. Анализ статистических данных заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей.....	28
2.3. Исследование «Оценка уровня информированности родителей по вопросу профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей» ...	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	47
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	49
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	51

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей является предметом внимания всемирной педиатрии ввиду их широкой распространенности. Распространенность заболеваний ЖКТ у детей крайне велика и продолжает расти. Так, хронический гастрит в разных регионах нашей страны встречается от 10% до 80% детей, гастродуоденит от 10% до 40%. Известно, что хронические болезни органов пищеварения относятся к числу наиболее встречающихся заболеваний детского возраста. Распространенность их в настоящее время превышает 100 на 1000 детского населения. За последние 20 лет распространенность гастроэнтерологических заболеваний у детей выросла более чем на 30%. Обращает на себя внимание на увеличение заболеваемости в возрасте 5-6 лет и 9-12 лет, когда наиболее выражены морфофункциональные изменения в детском организме. Доказано, что почти 30% острых форм заболеваний перейдут в хроническую форму при определенных негативных воздействиях извне. Например, таких как нервно-психическое воздействие, качество питания и экологические факторы. Таким образом, данные факторы необходимо учитывать, разрабатывая программы профилактики заболеваний ЖКТ. Кроме того, возникшие заболевания желудочно-кишечного тракта оказывают неблагоприятное воздействие на рост и развитие детей, а последствия данных заболеваний могут сохраняться на протяжении всей жизни. Учитывая вышеизложенное понятно, что проблема заболеваемости ЖКТ является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой, так как имеет серьезные последствия, обуславливающие высокую заболеваемость детей.

Цель работы: определение профессиональной компетенции медицинских сестер областной детской больницы по вопросу профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Изучить литературные источники по теме проводимого исследования.
2. Провести анализ деятельности медицинских сестер по вопросу профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей, для чего:
 - проанализировать уровень заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей;
 - провести анализ данных анкетирования детей, родителей детей, наблюдающихся в областной детской больнице по профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта.
3. По результатам исследования разработать рекомендации по профилактике желудочно-кишечного тракта для медицинских сестер областной детской больницы.

Для решения поставленных задач использовался объект исследования – дети и их родители, находящиеся на стационарном лечении в педиатрическом отделении областной детской клинической больницы города Белгорода.

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры областной детской больницы по вопросу профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- статистический – статическая обработка информационного массива;
- социологический: (анкетирование, интервьюирование).

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

1.1. Понятие заболевания желудочно-кишечного тракта

Жизнедеятельность человека во многом зависит от энергии, поступающей благодаря желудочно-кишечному тракту, который имеет одну из важных ролей в организме человека. Данная система состоит из множества отделов и полых органов, а нарушения ее работы ведут к различным серьезным проблемам со здоровьем.

Пищеварительный тракт – это система органов, которая осуществляет переваривание пищи путем ее механической и химической обработки, всасывания продуктов, расщепления в кровь и лимфу и выведения непереработанных остатков, который включает в себя следующие органы: полость рта, глотка, пищевод, желудок, толстая и тонкая кишки, печень, поджелудочная железа. В стенках органов содержатся мышечные клетки, сокращения которых способствует перемешиванию пищи с пищеварительными соками, ее всасыванию и продвижению по пищеварительному каналу. При не правильной работе данной системы могут возникнуть различные заболевания в зависимости от того, в каком отделе произошли нарушения[6, с.74].

Желудочно-кишечные заболевания – это большая группа заболеваний, при которых поражается одноименная анатомическая область. Данные заболевания встречаются довольно часто. Детские гастроэнтерологи выявляют 2 основных пика патологий: 5-6 лет и 9-11 лет, в период наиболее интенсивных морфофункциональных изменений в детском организме, когда вследствие неравномерного роста отдельных органов и систем возникает дезинтеграция роста. В возрастной структуре до трех лет преобладают мальчики над девочками. В возрасте 4-10 лет данные заболевания встречаются одинаково часто. В период 11-18 лет удельный вес девушек превалировал над юношами.

В структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей первую ступень занимают гастриты, на втором месте находятся дуодениты и гастродуодениты, на третьем месте – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. У 70-75 % детей выявляются сочетанные поражения органов пищеварения.

Гастриты – это группа заболеваний разного генеза с острым или хроническим воспалением слизистой желудка. При гастрите ребенок жалуется на сильную боль в эпигастральной области, отрыжку, тошноту, расстройства стула, может возникнуть рвота. Дуоденит – это хроническое рецидивирующее, склонное к прогрессированию, воспалительно-дистрофическое поражение слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Одной из жалоб детей являются боли в животе, которые носят упорный характер и появляются до приема пищи, вечером и редко ночью и локализуются в правом подреберье. Почти у всех детей наблюдается тошнота, отрыжка, изжога (при сочетании с поражением желудка), склонность к запорам. Гастродуоденит – воспалительное заболевание слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и пилорической зоны желудка, которая граничит с двенадцатиперстной кишкой. Основные жалобы у детей, страдающих гастродуоденитом, могут быть следующие: боль в животе, ощущение тяжести в желудке, тошнота, отрыжка горечью, нарушения стула. Язвенная болезнь желудка – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта в желудке или двенадцатиперстной кишке, обусловленное нарушением равновесия между местными факторами защиты и агрессии. Ведущей жалобой при данном заболевании со стороны ребенка является боль различной выраженности, зависящая от индивидуальных особенностей ребенка и анатомических особенностей язвенного дефекта [9, с.305].

На основе выше сказанного, можно сделать вывод, что заболевания желудочно-кишечного тракта у детей наиболее часто встречаются в возрасте 5-6 лет и 9-11 лет. Самыми распространенными заболеваниями являются гастрит, дуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

1.2. Причины развития заболеваний желудочно-кишечного тракта

Основными причинами заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей является несбалансированный рацион питания, инфекции и бактерии, длительное применение лекарственных средств, которые раздражают слизистую оболочку органов желудочно-кишечного тракта[18, с.41].

Детский гастрит может быть первичным, который появляется самостоятельно и вторичным, который возникает вследствие каких-либо смежных заболеваний и осложнений. Гастрит обычно развивается, когда слизистая оболочка желудка теряет свои защитные свойства. Слизистая желудка – это барьер, который защищает стенки желудка от агрессивного действия пищеварительных соков; при ослаблении защитных функций возникает ее воспаление. Причиной острого дуоденита в детском возрасте могут быть: несбалансированное питание, пищевые токсикоинфекции, алкогольсодержащие напитки, употребляемые в подростковом возрасте. К развитию хронического дуоденита приводят следующие причины, такие как бактериальное поражение *Helicobacter pylori*, нерегулярное, несбалансированное питание, еда всухомятку, длительное лечение антибиотиками, аномалии желудочно-кишечного тракта, включая атонию кишечника и последующий дуоденостаз, пищевая аллергия, наследственная предрасположенность. *Helicobacter pylori* – это бактерия, которая поражает пилорический отдел желудка и способна спровоцировать развитие различных патологий желудочно-кишечного тракта. В желудке бактерия приводит к снижению сопротивляемости слизистых и провоцирует начало воспалительного процесса. За счет стремительного размножения патогенных микроорганизмов усиленно вырабатывается соляная кислота, а защитные свойства органа подавляются. Гастродуоденит может развиваться по многим причинам, которые делят на два типа: экзогенные и эндогенные. К экзогенным причинам развития гастродуоденита относятся следующие причины:

неправильное, несбалансированное питание, кишечные инфекции, пищевые отравления, неврогенные проблемы. Эндогенные причины гастродуоденита – это генетическая склонность, повышенная кислотность, нарушения кровообращения в зоне органов пищеварения, отравления, интоксикация организма, заболевания гепатобилиарной системы. Основной причиной развития язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки является инфекция *Helicobacter pylori*. Так же, большую роль в развитии язвенной болезни играют психо-эмоциональные факторы – психологические травмы, повторяющиеся стрессы в жизни ребенка, конфликтные ситуации в школе и семье. Доказана роль токсико-аллергических факторов: частый необоснованный прием лекарств, токсикомания, употребление алкогольных напитков, курение и наркомания у школьников, проявление пищевой и лекарственной аллергии[13, с.45].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что заболевания желудочно-кишечного тракта у детей, такие как гастриты, дуодениты, гастродуодениты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки имеют похожие основные причины возникновения заболеваний – это несбалансированный рацион питания, инфекции и бактерии, неблагоприятная психо-эмоциональная окружающая обстановка, а также наличие наследственной предрасположенности.

1.3. Факторы, способствующие развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей

С каждым годом число заболеваний желудочно-кишечного тракта заметно возрастает в результате влияния различных факторов, которые провоцируют данные заболевания. Большую роль в развитии патологий желудочно-кишечного тракта играет нарушенный режим питания. Лев Николаевич Толстой говорил: «Если бы люди ели только тогда, когда они очень голодны, и

если бы питались простой, чистой и здоровой пищей, то они не знали бы болезней, и им легче было бы управлять своею душою и телом». На самом деле нарушение режима и качества питания является серьезным провоцирующим фактором. В питании детей дошкольного возраста преобладают качественные нарушения, к которым относятся несбалансированное питание, недостаточное поступление белка, минеральных солей, избыток углеводов, а иногда и жиров, недостаточное пережевывание пищи. В школьном возрасте на первый план выступают нарушения режима питания, такие как нерегулярное питание, еда всухомятку, большие перерывы между приемами пищи, торопливость, недостаточный объем и калорийность пищи в утренние часы, избыточная калорийность вечером[7, с.231].

Немаловажную роль на развитие патологий оказывает психосоматический фактор. Стрессовые ситуации в школе и дома и чрезмерная загруженность ребенка повышает уровень стрессовых гормонов в крови, нарушает моторную функцию и приводит к развитию заболевания. Также, на развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта сказывается экологический фактор – низкое качество воды, большое содержание нитратов и пестицидов в овощах, антибиотиков и консервантов – в мясных продуктах. С каждым годом качество воды ухудшается в связи с выбросами промышленных предприятий, утечки канализационных систем. По данным Всемирной Организации Здравоохранения вода содержит тринадцать тысяч потенциально токсических элементов. Болезнетворные микробы, попавшие в воду вместе с канализационными стоками, становятся причинами развития заболеваний желудочно-кишечного тракта. Неблагоприятная экологическая обстановка усугубляет наследственную предрасположенность, что приводит к более частому возникновению заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, можно сделать следующий вывод, что наиболее распространенными факторами риска, которые провоцируют развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей, являются неблагоприятная

экологическая обстановка, вирусы и бактерии, несбалансированное питание, а также наследственная предрасположенность.

1.4. Клинические проявления заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей

В зависимости от причин заболевания, степени поражения пищеварительной системы и возраста ребенка клиническая картина заболеваний желудочно-кишечного тракта проявляется по-разному. Основными симптомами, которые характерны для всех заболеваний являются боли в эпигастральной области, которые при каждом заболевании проявляются своеобразно, тошнота, рвота, нарастает общее недомогание [11, с.28].

При остром гастрите у ребенка появляются разлитые боли в эпигастральной области и области пупка, ноющего, распирающего или схваткообразного характера умеренной интенсивности. Характерна повторная рвота желудочным содержимым с примесью слизи, которая приносит некоторое облегчение. Через некоторое время может присоединиться понос, симптомы дегидратации и интоксикации. Живот ребенка вздут, умеренно болезнен вокруг пупка. Острый аллергический гастрит сочетается с проявлениями аллергии: сыпью, отеком Квинке, могут наблюдаться респираторные проявления. При остром эндогенном гастрите клиническая картина, наблюдается на фоне общей интоксикации как следствие основного заболевания и проявляется умеренными болями в надчревьe, тошнотой, анорексией, рвотой, которая может быть с примесью крови. Симптомами острого флегмонозного гастрита являются высокая лихорадка, сильные боли в животе, которые локализуются в надчревьe, повторная рвота. Общее состояние у ребенка быстро ухудшается, появляется бледность, сухость языка, болезненность и мышечное напряжение в надчревьe. В крови наблюдается нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, в моче – незначительная протеинурия и микрогематурия. Симптоматика хронического

гастрита имеет широкий диапазон – начиная бессимптомными латентными формами и доходя до ярких и манифестных форм. Выделяют два основных клинических типа: язвенноподобный и дискинетический. Язвенноподобный хронический гастрит по своей клинической симптоматике похож на язвенную болезнь. Дети чаще жалуются на ноющие боли разной интенсивности, которые возникают натощак или спустя 1,5 – 2 часа после приема пищи, иногда ночные или поздние вечерние боли. Частой диспепсической жалобой является изжога, также может беспокоить отрыжка воздухом или кислым. В редких случаях отмечается рвота, имеющая однократный характер, кислым содержимым, приносящая облегчение. Аппетит хороший. Отмечаются общие симптомы, такие как утомляемость, головные боли, эмоциональная лабильность, потливость. Дискинетический тип проявляется ранними ноющими болями в надчревной и области пупка после еды, в частности, обильной, жареной и жирной, которые проходят самостоятельно через 1 – 1,5 часа. Беспокоит чувство тяжести, быстрое насыщение, пониженный и избирательный аппетит. Отмечается тошнота, рвота съеденной пищей, которая приносит облегчение, может быть отрыжка воздухом [16, с.115].

Вместе с основными клиническими формами хронического гастрита и дуоденита могут быть и такие формы, как атипичные и бессимптомные. Почти в половине случаев данные заболевания протекают латентно. Это можно объяснить отсутствием нервных окончаний в слизистой оболочке и появлением симптомов за счет моторных нарушений, к которым относятся повышение давления в желудке и перерастяжение его стенок, патологические рефлюксы, спазмы. Клиническая картина гастродуоденита схожа с симптоматикой гастрита. Общие неспецифические признаки включают в себя слабость, нарушение сна, головные боли, повышена утомляемость. У детей с данным заболеванием отмечается наличие вегето-сосудистой дистонии. У детей одним из частых характерных симптомов при гастродуодените является боль в эпигастриальной и пилорoduоденальной области, которая носит ноющий характер. В период обострения боль носит схваткообразный характер и может

иррадиировать в подреберье и околопупочную область. Чаще всего боли усиливаются через 1 – 2 часа после приема пищи и на голодный желудок. Болевой синдром часто сопровождается ощущениями распирания и тяжестью в области желудка, горькой отрыжкой, тошнотой и рвотой, нарушенным аппетитом и неустойчивым стулом. Обычно, обострение гастродуоденитов весной и осенью, как следствие погрешностей в диете, стрессовых ситуаций в школе и дома, инфекционных и соматических заболеваний. У детей данное заболевание может осложниться такими заболеваниями, как язвенная болезнь желудка, панкреатит, холецистит [3, с.574].

Определяющим признаком язвенной болезни является язвенный дефект слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки. Классическая клиническая симптоматика язвенной болезни у детей характеризуется типичным болевым синдромом. Боли возникают натощак или спустя 1 – 2 часа после приема пищи, главной их особенностью является исчезновение или уменьшение после приема пищи. Боли при язвенной болезни могут иметь разную интенсивность, от слабых до сильных, которые локализуются в надчревьe, могут быть более выражены в правой его половине, может отмечаться иррадиация за грудину и в область сердца, что наблюдается при сопутствующем гастроэзофагальном рефлюксе. Наиболее частыми диспепсическими расстройствами являются изжога, связанная с частым сочетанием язвенной болезни желудка с рефлюкс-эзофагитом. Иногда отмечается отрыжка и рвота кислым содержимым, чаще всего однократная, которая приносит облегчение. Повторяющиеся эпизоды рвоты должны настораживать в отношении пилородуоденального стеноза. При язвенной болезни у детей тошнота является нетипичным проявлением. Пальпаторно отмечается болезненность в надчревьe, может быть обнаружена более локальная болезненность, которая наблюдается в чаще всего в пилоробульбарной зоне. У подростков, в нередких случаях, обнаруживают сопутствующие симптомы ваготонии, которые проявляются такими

симптомами, как холодные влажные ладони, гипергидроз, акроцианоз, тенденция к снижению артериального давления, лабильность пульса, могут наблюдаться сопутствующие изменения при кардиоинтервалографии.

Классическому клиническому течению язвенной болезни у детей типичны сезонные обострения в осенне-весенний период, что связывают с дестабилизацией нейрогуморальных регуляторных механизмов и реактивности макроорганизма в периоды метеорологической нестабильности. Такая сезонность встречается не во всех случаях, часто могут встречаться зимние обострения, но обострения в летний период встречаются довольно редко. Выше описанные клинические проявления встречаются не во всех случаях данного заболевания. 50% пациентов не могут четко описать болевой синдром и его локализацию. У 15% детей могут полностью отсутствовать какие-либо жалобы. В таких случаях диагностируют спящую или немую язву. В 3% случаях у больных с язвенной болезнью желудка заболевания впервые проявляется осложнениями, такими как кровотечения или перфорация. Чем младше возраст ребенка, тем менее типично проявляется язвенная болезнь [8, с.420].

Таким образом, можно выделить группу симптомов, характерных для всех заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей - это боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, нарушение аппетита, общая слабость и повышенная утомляемость – так проявляется большинство заболеваний, связанных с поражением желудочно-кишечного тракта. При обострении заболеваний наблюдается повышение температуры, слабость, снижение аппетита, рвота, расстройство стула. Учащенная рвота и жидкий стул могут быть причиной обезвоживания.

1.5. Лечение заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей

Понятие лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей принято считать достаточно сложным, малоизученным и противоречивым

разделом педиатрии. Многогранность патогенетических механизмов, повреждения желудочно-кишечного тракта, высокий риск хронизации осложнения заболеваний требуют проведения комплексной терапии болезней органов пищеварения у детей, учитывающей возможность сочетанного воздействия на общие и местные механизмы патологического процесса. Поэтому лечебный процесс должен состоять из двух основных этапов – лечения заболеваний и вторичной профилактики – и осуществляться в течение длительного периода с учетом особенностей растущего организма в целом и эволюции гастроэнтерологических заболеваний в частности. Основой комплексной терапии заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей является режим, который включает в себя создание физического и психического покоя, диета, медикаментозная и немедикаментозная терапия, санаторно-курортное лечение, диспансерное наблюдение [4, с.154].

При лечении острого гастрита первым делом необходимо уточнить причины заболевания и ее устранение. Лечебные меры в большинстве случаев носят симптоматический характер. В некоторых случаях при лечении острого гастрита достаточно удалить содержимое желудка, вызвав рвоту, предварительно дав ребенку выпить 2-3 стакана теплой воды. При токсикоинфекционных или химических острых гастритах показано промывание желудка в первые часы заболевания через толстый зонд теплой водой до чистых промывных вод. В первые сутки заболевания необходимо воздержаться от приема пищи, при этом назначают водно-чайную диету. Питье должно быть теплым и даваться ребенку дробно. Вводится регидрон или минеральная вода слабой минерализации. В последующие дни диету расширяют, придерживаясь принципа механического, термического и химического щажения. В рацион вводят слизистые супы, жидкие протертые каши, кисели, фруктовые желе, мясное суфле, кнели, яйца всмятку, сухари из белой муки – стол №1а. При наличии болей у ребенка назначают спазмолитики, такие как но-шпа, папаверин по ½ - 1 таблетке 3 раза в день, антациды – альмагель, маалокс, фосфалюгель и другие по 1 чайной ложке 4-6 раз в день. Также, показано

назначение адсорбентов (смекта, энтеросгель, активированный уголь) по 5-20 грамм 2-3 раза в сутки между приемами пищи. При наличии рвоты назначают прокинетики, такие как церукал, мотилиум из расчета 1мг/кг/сут в 3 приема за 30 минут до еды.

При остром токсикоинфекционном гастрите ребенку назначают антибактериальные препараты – аминогликозиды, нифурател, нифуроксазид, рифаксимин, бисептол – внутрь. При тяжелом течении гастрита для коррекции водно-электролитных нарушений показано парентеральное введение 5% раствора глюкозы, физиологического раствора, а также препаратов калия. Если у ребенка обнаружен флегмонозный гастрит, необходимо провести лапаротомию, гастротомию с дренированием гнойного очага, назначают антибактериальную и дезинтоксикационную терапию[10, с134].

Лечение больных с хроническим гастритом и дуоденитом должно быть проведено с учетом этиологии, характера морфологических изменений, а также секреторной функции желудка и моторных нарушений. Если учитывать многообразие вариантов хронического гастродуоденита, то его лечение не может быть сведено к какой-либо одной схеме. Фармакотерапия гастродуоденита у детей проводится антацидными средствами при повышенной кислотности, антисекреторными препаратами (ранитидин, омепразол), антирефлюксными лекарственными средствами – метоклопромид, домперидон. Антихеликобактерная терапия при гастродуодените у детей проводится препаратами висмута в сочетании с антибактериальными препаратами, например, амоксициллин + метронидазол. При обострении гастродуоденита характерен болевой синдром, который обусловлен сопутствующим спазмом и усиленной перистальтикой желудка. При данном симптоме показано назначение спазмолитиков гладкой мускулатуры, таких как но-шпа, папаверин, галидор по ½ - 1 таблетке 3 раза в день, холинолитиков с преимущественным спазмолитическим действием. Дополнительным методом лечения хронического гастродуоденита является физиотерапия, выбор которой зависит от стадии заболевания. Так, в период обострения показаны:

электрофорез с платифиллином или новокаином на эпигастрий, электрофорез с кальцием или бромом на воротниковую область, электросон, трансаир. В период субремиссии электромагнитноволновая терапия санти- и дециметрового диапазона, ультразвук на эпигастрий, на максимально болезненную зону показана лазеротерапия. В период ремиссии назначают глубокие прогревания парафином, озокеритом, а также грязи на эпигастральную область.

В лечении язвенной болезни у детей используют консервативный и оперативный методы. В не осложненных случаях используется консервативное лечение. При развитии осложнений используется оперативный метод с применением максимально щадящих методов. Во время обострения язвенной болезни лечение желательно проводить в стационарных условиях. Абсолютным показанием к госпитализации являются осложнения язвенной болезни желудка. В зависимости от тяжести ребенку назначается постельный режим на 1-2 недели. Неотъемлемой частью лечения является диета, в основе которой лежат принципы механического, химического и термического щажения желудка. Строгое соблюдение диеты необходимо в период обострения, в период ремиссии питание может быть значительно либерализовано, но следует избегать грубых диетических погрешностей[2, с.318].

Медикаментозная терапия при лечении язвенной болезни подбирается с учетом возраста ребенка, степени тяжести обострения, локализации язвы, особенностей секретности, наличия бактерии хеликобактер пилори, наличия сопутствующей патологии. В первую очередь, при обнаружении бактерии хеликобактер пилори назначаются 3 препарата для уничтожения данной бактерии: антибиотик, препарат нитрофуранового ряда и ингибитор протонного насоса. Назначаются препараты, снижающие активность кислотно-ферментативного фактора: антациды, нейтрализующие соляную кислоту в составе желудочного сока. В дополнении к вышеперечисленным препаратам назначают лекарственные средства, улучшающие регенеративные способности слизистой, успокаивающие препараты, антиспастические препараты, снижающие тонус желудка и сократительную способность мышц. При

выраженной рвоте назначают церукал, мотилиум и другие препараты. Второстепенной значение при лечении язвенной болезни желудка имеет физиотерапия. Применяю электросон, электрофорез с бромом на воротниковую зону и с новокаином на эпигастральную область. В период стихания острых явлений назначают деци- и сантиметроволновую терапию, лазеротерапию на наиболее болезненную точку эпигастрия, затем – озокерит и парафин[12, с.60].

Таким образом, в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей основную роль играет диетотерапия. В медикаментозном лечении назначаются спазмолитики, антацидные препараты, при необходимости - антибиотики. Дополняют основное лечение физиотерапевтические процедуры.

1.6. Организация лечебного питания при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей

При заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей особое внимание необходимо уделить правильному, диетическому питанию с целью предотвращения осложнений. Вид пищи, объем, и частота кормлений у грудных детей определяется врачом. Меню составляет диетическая медицинская сестра, которое затем утверждает лечащий врач (Приложение 1). Медицинская сестра выполняет учет количества фактически съеденной пищи и фиксировать в специальном листе истории болезни – листе питания. Также необходимо проводить контроль кормления для определения объема, высосанного малышом за сутки или за одно кормление грудного молока.

Детям старше 1 года 3 месяцев, в зависимости от характера заболевания, назначают лечебные столы, с целью механического и химического щажения слизистой оболочки пищеварительного тракта. Диета должна быть четко организована: прием пищи необходимо осуществлять строго по графику, употребление только свежих и натуральных продуктов, приготовленных в

домашних условиях. Кулинарная обработка пищи должна быть в отварном, тушеном виде или приготовление на пару. Иногда пищу по показаниям врача принимают в протертом виде, что обеспечивает механическое и химическое щажение слизистой оболочки. В рацион необходимо включать продукты животного и растительного происхождения, чтобы ребенок получал все необходимые компоненты. При приготовлении блюд количество соли и сахара необходимо свести к минимуму. По составу и количеству компонентов пища должна соответствовать возрастным требованиям. В зависимости от стадии процесса используют диеты, в которых последовательно уменьшается степень механического и химического щажения. В период обострения, при необходимости, детям назначают более щадящую диету – диета №1а. В течение двух-трех суток ребенок должен питаться 5-6 раз в день небольшими порциями. Калорийность данной лечебной диеты не должна превышать 2000-2200 килокалорий в день, что достигается за счет снижения количества углеводов, жиров и частично – белков в рационе. Из меню необходимо исключить фрукты и овощи в натуральном виде, кисломолочную, мучную продукцию, пряности, соусы, специи, газированные напитки. В этот период пища дается только в жидком или кашеобразном виде. Ребенок может употреблять слизистые супы с добавлением взбитого яйца, сливок или масла; мясо, птицу и рыбу в виде пюре, пропущенного через мясорубку несколько раз и доведенного до кашеобразного состояния кипяченой водой. Рекомендуют жидкие протертые каши на молоке: рисовая, гречневая, овсяная. Также при данной диете можно употреблять кисели из сладких ягод и желе сладких протертых фруктов, соки (морковный, яблочный, тыквенный) разведенные, некрепкий чай, отвары трав. В период стихания гастрита назначается менее щадящая диета №1б. В рацион ребенка вводятся протертые супы и протертые молочные каши, пюре из овощей и фруктов. Мясные и рыбные продукты можно разнообразить паровыми кнелями и котлетами. Суточный рацион ребенка необходимо увеличить. На таком питании ребенок должен находиться около одного месяца. В период выздоровления и ремиссии рекомендуется переход на основной стол.

При составлении диеты с хроническим гастритом необходимо выяснить кислотообразующую способность желудка, которая бывает пониженная и повышенная. Если у ребенка гастрит с повышенной кислотностью, то в желудке идет усиленная выработка соляной кислоты. Детская диета должна решать важную задачу – уменьшение выработки желудочного сока. Из рациона необходимо исключить блюда с грубой клетчаткой. Запрещается включать в рацион ребенка с повышенной кислотностью острые восточные приправы, мясные и жирные бульоны, газированные напитки. Температура подаваемых блюд должна быть комфортной для организма, около 20-40 градусов, так как слишком горячая еда травмирует стенки желудка малыша. Если же у малыша гастрит с пониженной кислотностью, то желудку тяжело справляться с большим объемом пищи, поэтому такая диета должна включать в себя продукты, стимулирующие выработку желудочного сока. Особое внимание необходимо уделять слизистым кашам, например, перловая, рисовая, гречневая, геркулесовая. Овощи лучше давать в виде протертых пюре. Из рациона ребенка с гастритом необходимо исключить все консервы, кофе, крепкий чай. Из овощей нежелательно употреблять белокочанную капусту, редьку, редис, бобовые. Детская диета при гастрите должна включать овощи, которые прошли минимальную тепловую и кулинарную обработку. Лучшим вариантом приготовления является тушение на медленном огне, паровая обработка, запекание в духовке, но без образования корочки. Для супов необходимо использовать слизистый отвар, который обволакивает стенки желудка. Можно добавлять различные овощи, крупы, сливочное масло, диетические сорта мяса, котлеты необходимо готовить на пару [15, с.7].

Главной целью диетического питания при дуодените является максимальное химическое, механическое и термическое щажение функционирования пищеварительного тракта и снижение воспалительного процесса в двенадцатиперстной кишке. Данная диета подразумевает ограничение углеводов в рационе, но остается физиологически полноценной. По Певзнеру диета при дуодените соответствует столу №5. По приказу

Минздрава РФ №330 показано назначение щадящей диеты. Суточное содержание питательных веществ должно быть следующим: белки – 85-90г, из них 60-70% белков животного происхождения; жиры – 70-80г, из них до 20% жиров растительного происхождения; углеводы – 300-350г. Энергетическая ценность диеты составляет 2170 – 2480ккал[1, с.272].

Питание должно быть дробным, до 5-6 раз в сутки, в одни и те же часы. Частое питание небольшими порциями позволяет снизить процессы воспаления за счет снижения выработки желудочного сока и соков поджелудочной железы, которые раздражают двенадцатиперстную кишку, а также нормализовать всю работу желудочно-кишечного тракта ребенка. Температура приготовленной пищи должна быть примерно 15-60 градусов, что обеспечивает щадящее термическое воздействие. Блюда подаются в протертом, разваренном виде или готовиться на пару. Также в лечебном питании несколько ограничивается соль до 8 граммов в сутки, так как хлорид натрия увеличивает выработку желудочного сока, что приводит к раздражению воспаленной кишки. Рекомендуется тщательно пережевывать пищу, так как это увеличивает ее механическую обработку и ускоряет наступление насыщения. Следует не переедать, поскольку воспаленная кишка не сможет обеспечить нормальное расщепление пищи, вследствие чего могут усугубиться симптомы дуоденита.

Из рациона необходимо исключить продукты, которые оказывают возбуждающее действие на желудочную секрецию и раздражают органы желудочно-кишечного тракта ребенка. В лечебном питании должны преобладать простые, но разнообразные блюда с минимальным количеством ингредиентов. Сложные блюда имеют свойство надолго задерживаться в желудке, вследствие чего усиливается секреция соляной кислоты. Продукты, содержащие в себе грубую клетчатку, и надолго задерживаются в организме, оказывают неблагоприятное влияние на течение дуоденита. Так же не рекомендуется употреблять продукты, усиливающие газообразование и отрицательно действующие на органы пищеварения.

В список разрешенных продуктов при дуодените входят такие продукты, которые не активизируют выработку соляной кислоты в желудке, а наоборот, нейтрализуют ее. Диета при данном заболевании предусматривает пищу, которая обеспечивает максимальное щажение желудочно-кишечного тракта ребенка. Также лечебный стол должен содержать продукты и напитки с высоким содержанием аскорбиновой кислоты, поскольку витамин С ускоряет регенерацию воспаленной слизистой двенадцатиперстной кишки, а также укрепляет иммунитет. При максимально выраженной симптоматике обострения дуоденита данная диета должна соблюдаться 7-10 дней. Соблюдение лечебной диеты при дуодените позволяет снять симптомы заболевания при остром процессе или обострении. Помимо этого, правильное питание во время ремиссии способствует отсрочке обострения заболевания [5, с.76].

Также диета при дуодените относится к правильному и здоровому питанию, а также нормализует работу всего пищеварительного тракта и предупреждает осложнения. Несоблюдение диеты при дуодените способствует развитию таких осложнений, как перидуоденит, кровотечение из двенадцатиперстной кишки, дискинезия желчевыводящих путей, дуоденальная язва.

При гастродуодените также требуется обязательное соблюдение лечебной диеты, поскольку употребление некоторых продуктов может отрицательно сказываться на состоянии пораженных слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки, в связи с чем, заболевание усугубляется. Питание подбирается индивидуально. Выбор рациона зависит от формы заболевания, а также от наличия сопутствующих патологий. Острая форма гастродуоденита предполагает соблюдение строжайшей диеты. В течение первых дней после появления признаков заболевания рекомендуется голодание, но при этом больной должен пить большое количество воды, чтобы не допустить обезвоживания организма. В стадии обострения назначается диета №1. Общая суточная энергетическая ценность должна составлять 1800 ккал. Основным принципом лечебного питания в данном случае является снижение количества углеводов, и ограничение употребления соли до 6-8 граммов в сутки. При

гастродуодените с повышенной и пониженной кислотностью требуется придерживаться дробного питания. С повышенной кислотностью в рационе должны присутствовать такие продукты, как рыба, каши, молочные продукты, копчености и консервация. При гастродуодените с пониженной кислотностью основу питания составляют супы на нежирных бульонах, разваренные крупяные бульоны, сладкие фрукты и ягоды, кисломолочные напитки. Запрещается употреблять бобовые и сухофрукты. Также, при гастродуодените данного типа необходимо снизить потребление соли. При эрозивном гастродуодените рекомендуется продолжительное голодание, а также соблюдение диет под номерами 1, 1А и 1Б. Важно употреблять животные жиры в строго дозированных количествах. При гастродуодените атрофической формы показано питание по принципам диеты №2. В таком случае жидкая и твердая пища должны употребляться отдельно. При поверхностном гастродуодените необходимо соблюдать особый режим питания с включением свеклы, картофеля, моркови. Рекомендуется употребление обезжиренных кисломолочных продуктов, таких как творог, кефир, молоко. Включить в рацион отварное или приготовленное на пару мяса кролика, курицы, а так же рыбы – хека, горбуши; обеспечение обильного питья – минеральные воды, компоты. Число приемов пищи должно составлять 5-6 раз в день. При острой и хронической формах гастродуоденита рекомендуется употреблять такие продукты, как сухари, черствый хлеб, овощные супы в протертом виде – в период обострения, а при хроническом течении – с цельными кусочками овощей. Также рекомендуется включить в рацион блюда из фарша, вареные субпродукты, нежирный творог, омлет на пару, брокколи, молочные сардельки, фруктовые желе и кисели домашнего приготовления, некрепкие чай и кофе, отвар шиповника. Не желательно включать в рацион крепкие бульоны, в том числе овощные и грибные, крепкий кофе, чай, газированные напитки, шоколад, мороженное, шпинат, белокочанную капусту [14, с.521].

При язвенной болезни желудка при построении плана лечебного питания необходимо учитывать стадию процесса, а также наличие осложнений и

сопутствующих заболеваний. При 1 и 2 стадии язвенной болезни желудка назначается строгая противоязвенная диета. В начале заболевания рекомендуют стол №1А – по рекомендации Института питания АМН, который дается в течение 5-7 дней. Данная диета обеспечивает наиболее строгое механическое и химическое щажение. Питание должно проводиться часто, 6-8 раз в день, что предупреждает действие пептической гиперсекреции на слизистую оболочку желудка и двенадцатиперстной кишки ребенка. Особое место занимает молоко и молочные продукты, так как они обладают хорошими антацидными действиями. Если у ребенка обнаружена непереносимость свежего молока, то оно может быть заменено на кефир. В дальнейшем, в рацион добавляют слизистые супы, с целью создания защиты слизистой, которые заправляют желтком и сливочным маслом с минимальным количеством поваренной соли. Клиническими признаками эффективности такой диеты являются уменьшение болевого синдрома и устранение диспепсических нарушений. Стол №1А не полностью отвечает физиологическим потребностям ребенка, поэтому более недели его давать не рекомендуется. Через неделю переходят на стол 1Б, который дается в течение последующих двух недель. Необходимо вводить жидкие каши на молоке и пудинги, белые сухари и паровые рубленые блюда из мяса и рыбы. Фрукты можно давать как в виде пюре, так и в тертом виде. Прием пищи должен осуществляться каждые 2,5-3 часа или 6 раз в день. Перед сном дается стакан молока. Стол №1Б практически полностью покрывает физиологические потребности организма ребенка, поэтому этот стол рекомендуется при замедленных репаративных процессах, о которых судят по клиническим и эндоскопическим признакам. С третьей недели стационарного лечения больного, обычно, переводят на язвенный стол №1, при котором ребенку дается пятикратное питание с интервалом между приемами пищи 3-4 часа. Ужин должен быть легким. На этом столе пациент выписывается домой с рекомендациями соблюдения данного стола на протяжении одного года. После выписки из стационара через 6-12 месяцев при условии стойкой ремиссии ребенка можно постепенно перевести на зигзагообразное питание, но при

появлении болевого синдрома, обязательно необходимо вернуться к соблюдению строгой диеты[17, с.38].

Таким образом, из вышеизложенного можно сделать следующий вывод, что лечебное питание при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей заключается в максимальном механическом, химическом и термическом щажении пищи. Из рациона необходимо исключать продукты, оказывающие возбуждающее действие на желудочную секрецию и раздражают органы желудочно-кишечного тракта ребенка. Соблюдение диеты при заболеваниях органов пищеварения способствует приближению выздоровления.

1.7. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей

Весьма насущной проблемой в педиатрии представляет собой профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей. Первичная профилактика проводится в группах риска заболеваний органов пищеварительного тракта и направлена на предупреждение развития данных заболеваний. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта включает в себя устранение факторов, неблагоприятно влияющих на организм ребенка. К таким факторам можно отнести несбалансированное питание, нарушенный режим дня, инфекционные и паразитарные заболевания органов пищеварения, а также стрессовые ситуации. Главными задачами профилактических мероприятий является пропаганда здорового образа жизни, своевременное выявление первичных симптомов заболеваний, диспансеризация и реабилитация детей с диагностируемым заболеванием желудочно-кишечного тракта, а также своевременное лечение обострений заболеваний пищеварительной системы. Профессиональная деятельность медицинской сестры заключается в разъяснении возникших вопросов у родителей, чьи дети имеют заболевания желудочно-кишечного тракта. Медицинским сестрам необходимо рассказать, что важным условием в уходе за детьми, имеющими

заболевания желудочно-кишечного тракта, является обеспечение в период обострения физического и эмоционального покоя, создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов. Комната, где находится больной, должна регулярно проветриваться и подвергаться влажной уборке 2 раза в день [19, с.89].

Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта предусматривает правильно организованный режим опорожнения кишечника. Ребенка необходимо приучать опорожнять кишечник утром, дома в спокойной обстановке, для чего необходимо совершать ранний подъем, зарядку, прием прохладной воды. Различные физические упражнения, такие как ходьба, плавание, катание на велосипеде и другие способствуют укреплению разных групп мышц, что благоприятно влияет как на весь организм в целом, так и на пищеварительную систему в частности. Также защитные силы организма повышают закаливающие мероприятия, которые способствуют снижению заболеваемости вирусными и бактериальными заболеваниями и снижению риска развития дисбактериоза кишечника. Важной составляющей профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей является устранение психотравмирующих ситуаций, как дома, так и в детском саду, а также организация полноценного режима дня и отдыха. Для ребенка должна быть создана благоприятная эмоциональная обстановка как в домашних условиях, так и в детском коллективе. В любом возрасте ребенок должен чувствовать поддержку и заботу от родителей. Ребенок должен делиться своими страхами и переживаниями с близкими ему людьми, так как замкнутость может привести к длительному стрессу и развитию психосоматических заболеваний. Наличие стрессовых ситуаций приводят к возникновению заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также к обострению имеющихся. Обследование желудочно-кишечного тракта ребенка необходимо делать один раз в год, если имеется предрасположенность. При появлении любых жалоб у ребенка на дискомфорт в животе требуется

немедленная консультация врача и тщательная диагностика желудочно-кишечного тракта ребенка[20, с.174].

Таким образом, профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей заключается в проведении комплекса лечебно-оздоровительных мероприятий, направленных на организацию правильного питания и возрастного режима дня ребенка.

На основании изучения современной литературы по выбранной проблеме сделаны следующие выводы:

1. Заболевания желудочно-кишечного тракта – это большая группа заболеваний, при которых поражается одноименная анатомическая область, основными проявлениями которых является тошнота, расстройство стула, боли в эпигастральной области.

2. Среди заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей наиболее часто встречаются такие, как гастриты, гастродуоденит, энтерит, колит.

3. Заболевания желудочно-кишечного тракта у детей возникают вследствие неправильного питания, неблагоприятной психо-эмоциональной обстановки, а также из-за наследственной предрасположенности.

4. Клиническая картина заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей представляет группу симптомов, характерных для всех заболеваний желудочно-кишечного тракта – это боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, нарушение аппетита, слабость – так проявляется большинство заболеваний, связанных с поражением желудочно-кишечного тракта.

5. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта заключается в проведении комплекса мероприятий, направленных на исключение или ограничение факторов, вызывающих заболевание или его обострение, организацию рационального питания, организацию возрастного двигательного режима, рационального чередования сна и бодрствования, достаточного пребывания на свежем воздухе.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ВОПРОСАХ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

2.1. Организационная характеристика детской консультации ОГБУЗ «Областная детская клиническая больница» г.Белгорода

ОГБУЗ «Областная детская клиническая больница» города Белгорода – медицинский центр, который оказывает специализированную и высокотехнологичную помощь лицам до 18 лет.

В отделениях областной детской клинической больницы оказывается медицинская помощь детям с заболеваниями эндокринной, иммунной, нервной, опорно-двигательной системы; с заболеваниями органов дыхания, органов пищеварения, с патологией органов носоглотки, перинатальной патологией; со злокачественными заболеваниями крови. Также, областная детская больница города Белгорода включает в себя бактериологическую, клинико-диагностическую лабораторию, отделение ультразвуковой диагностики, отделение функциональной диагностики. Наличие данных отделений позволяет своевременно выявить наличие каких-либо заболеваний с учетом особенностей течения выявленного заболевания, а также вовремя предотвратить появление осложнений перенесенного заболевания. А наличие физиотерапевтического отделения позволяет ускорить реабилитацию детей.

Детям с патологией желудочно-кишечного тракта медицинская помощь оказывается в педиатрическом отделении. В нем имеется 17 палат, из которых 2 боксированные палаты. Помимо палат в структуру педиатрического отделения входит: кабинет заведующей отделением, ординаторская, кабинет старшей медицинской сестры, 2 поста дежурной медицинской сестры, манипуляционная, процедурный кабинет, столовая, санузел.

2.2. Анализ статистических данных заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей

Для проведения анализа по проблеме заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей были использованы статистические данные медицинского информационно-аналитического центра по Российской Федерации и областной детской клинической больницев городе Белгороде. На 2019 год население России составляет 146 793 744 человека, из которых 29 860 195 человек детей в возрасте от 0 до 18 лет. Население Белгородской области – 1 549 876 человек, из которых детей 306 531 человек.

Выясняя уровень заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей в зависимости от места жительства, проанализированы статистические данные по некоторым регионам Российской Федерации. Так, численность наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей, таких как гастриты и дуодениты, энтериты и колиты, язвенная болезнь желудка представлены в таблице 1.

Таблица 1

Уровень заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей по Российской Федерации за 2018 год

Регион	Гастриты и дуодениты	Энтериты и колиты	Язвенная болезнь желудка
Республика Дагестан	12243	5163	745
Московская область	7420	1606	115
Ленинградская область	5291	1451	119
Краснодарский край	6743	1097	155
Белгородская область	1519	248	90

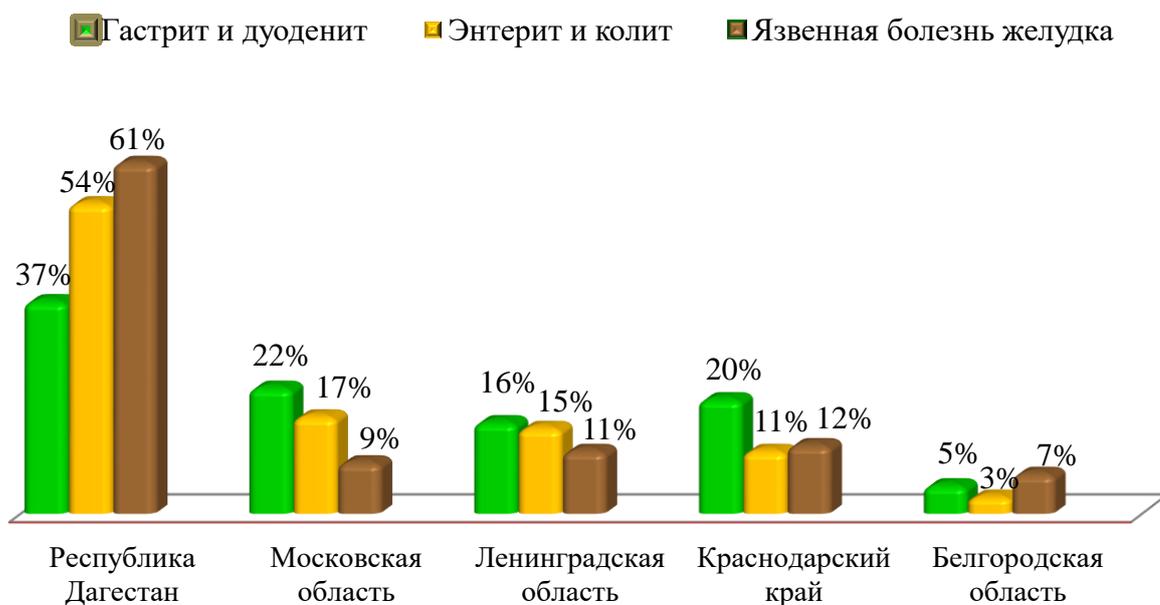


Рис.1. Уровень заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей по отдельным регионам Российской Федерации за 2018 год

По данным вышеприведенной гистограммы можно сделать вывод, что среди перечисленных регионов Российской Федерации наиболее высокий уровень заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей зафиксирован в республике Дагестан. Во всех остальных перечисленных регионах среди заболеваний желудочно-кишечного тракта наиболее часто встречаются такие заболевания, как гастриты и дуодениты. Язвенная болезнь желудка встречается редко.

Согласно статистическим данным ОГБУЗ «Областная детская клиническая больница» общая заболеваемость желудочно-кишечного тракта у детей, проживающих на территории Белгородской области, на 2018 год составила 25 654 случая. Было выявлено, что такими заболеваниями, как гастрит и дуоденит наиболее часто болеют дети в возрасте 15-17 лет (48%). Среди таких заболеваний желудочно-кишечного тракта, как энтерит, колит наиболее высокий уровень заболеваемости был зарегистрирован среди детей в возрасте 10-14 лет. Язвенная болезнь желудка чаще всего встречается у детей в возрасте 10-14 лет (Таблица 2).

Уровень заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей по Белгородской области за 2018 год

Возраст	Заболевания		
	Гастрит и дуоденит	Энтерит и колит	Язвенная болезнь желудка
0-4 лет	168	40	2
5-9 лет	935	50	6
10-14 лет	1453	84	84
15-17 лет	2391	56	56

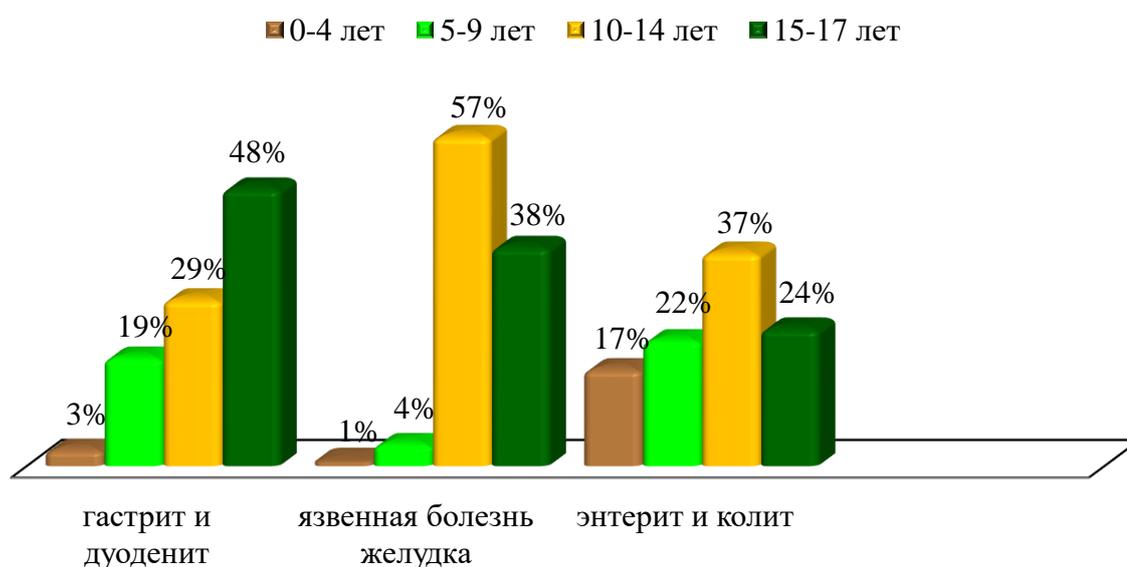


Рис.2. Уровень заболеваемости желудочно-кишечного тракта у детей по Белгородской области в зависимости от возраста за 2018 год

Анализируя данные гистограммы можно сказать, что гастритами и дуоденитами чаще страдают дети в возрасте 15-17 лет, язвенная болезнь, энтериты и колиты наиболее характерны для детей с 10 до 14 лет.

Изучая вопрос детской заболеваемости по Белгородской области за 2018 год, получены следующие данные: по частоте распространения первое место занимают болезни органов дыхания – 213 483 человека (76%). Болезни нервной

системы выявлены у 25 524 человек (9%). Болезни органов пищеварения у детей среди всей детской заболеваемости составляют 21 566 случая (8%). Количество детей, имеющих заболевания мочеполовой системы составило 12375 человек (4%). Болезни системы кровообращения составляет 8204 случая (3%) (Таблица 3).

Таблица 3

Показатели детской заболеваемости по статистическим данным ОГБУЗ «Областная детская клиническая больница» по Белгородской области

Заболевания	Количество заболевших
Болезни органов пищеварения	21566
Болезни мочеполовой системы	12375
Болезни органов дыхания	213433
Болезни нервной системы	25542
Болезни системы кровообращения	8204

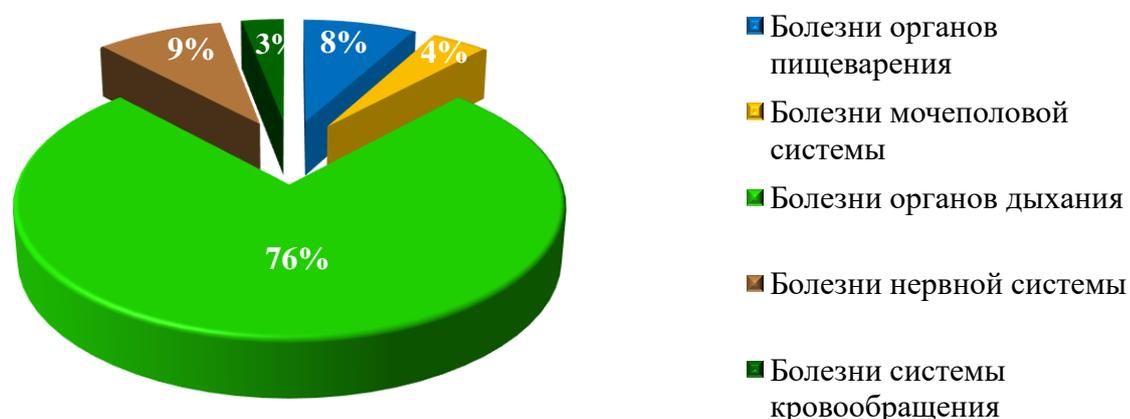


Рис.3. Распределение детской заболеваемости по Белгородской области

По данным диаграммы видно, что наиболее высокий показатель составляет заболевания дыхательной системы, затем нервной и пищеварительной систем.

Учитывая высокую распространенность заболеваний органов пищеварения у детей, рассмотрено распределение её численности за исследуемый период. Так, в 2014 году заболеваемость органов пищеварения у детей составила 30688 случаев (24%). В 2015 году – 28163 (22%). В 2016 году было выявлено 25351 случай данной патологии (20%), в 2017 году – 21566 (17%). В 2018 году зарегистрировано 21027 случаев заболевания (17%) (Рис.4).

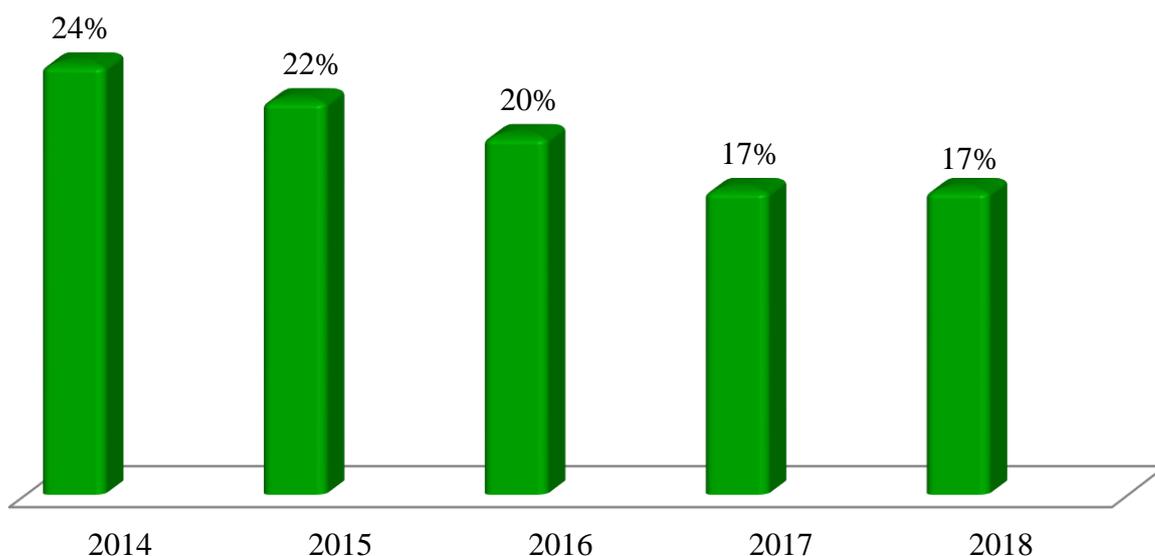


Рис.4. Показатель распространенности заболеваний органов пищеварения у детей по Белгородской области за период 2014-2018гг

Анализируя данные гистограммы, понятно, что на протяжении последних пяти лет уровень заболеваемости органов пищеварения у детей, проживающих на территории Белгородской области, постепенно снижается, но показатели остаются на высоких цифрах. Поэтому вопрос профилактики этих заболеваний остается весьма актуальным.

Подводя итог анализу статистических данных, можно сказать, что полученные результаты подтверждают выводы обзора литературных источников по проблеме заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей. Таким образом, можно предположить, что число заболеваний желудочно-кишечного тракта зависит от места проживания, возраста, особенностей пищеварительной системы у детей. Также можно сказать, что среди

заболеваний желудочно-кишечного тракта чаще всего диагностируются гастриты и гастродуодениты. Кроме того, анализ статистических данных показал, что численность заболеваний желудочно-кишечного тракта для нашего региона по-прежнему остается на высоких цифрах, хотя имеет тенденцию к снижению.

2.3. Исследование «Оценка уровня информированности родителей по вопросу профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей»

Одной из целей работы являлось выявление уровня информированности родителей о профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей для анализа профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике данных заболеваний. Для чего была составлена анкета, которая заполнялась методом опроса (Приложение 2). Анкета состоит из вопросов, которые предназначены для выявления информированности родителей о заболеваниях желудочно-кишечного тракта и уровень профилактической деятельности медицинских сестер. В анкетировании приняли участие 40 респондентов. Это родители детей, страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта, которые получают медицинскую помощь в ОГБУЗ «Областная детская клиническая больница» города Белгорода. Каждый респондент ответил на 27 предложенных вопросов. По результатам анкетирования была проведена экспертная оценка.

По данным анкетирования было выявлено, что среди детей от 1 до 5 лет заболевания желудочно-кишечного тракта имеют 6 (15%) мальчиков и 6 (15%) девочек. Среди детей от 6 до 10 лет заболевания желудочно-кишечного тракта встречаются у 6 (15%) мальчиков и 4 (10%) девочек. В возрасте от 11 до 14 лет данные заболевания выявлены у 8 (18%) девочек и у 4 (10%) мальчиков. Среди детей от 15 до 17 лет заболевания желудочно-кишечного тракта были выявлены у 2 (7%) мальчиков и у 4 (10%) девочек (Рис.5).

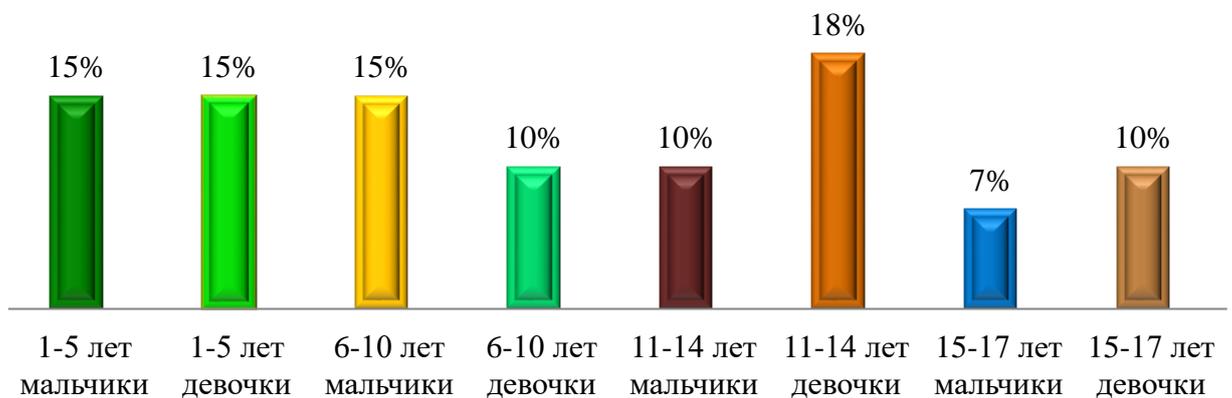


Рис.5. Распределение заболеваний ЖКТ у детей по возрасту и полу

Из данных диаграммы понятно, что наиболее часто заболевания желудочно-кишечного тракта встречаются у девочек в возрасте 11-14 лет.

Исследуя место проживания опрошенных респондентов, было выяснено, что 26 (64%) респондентов проживают в городской черте, а 14 (36%) – в сельской местности (Рис.6).

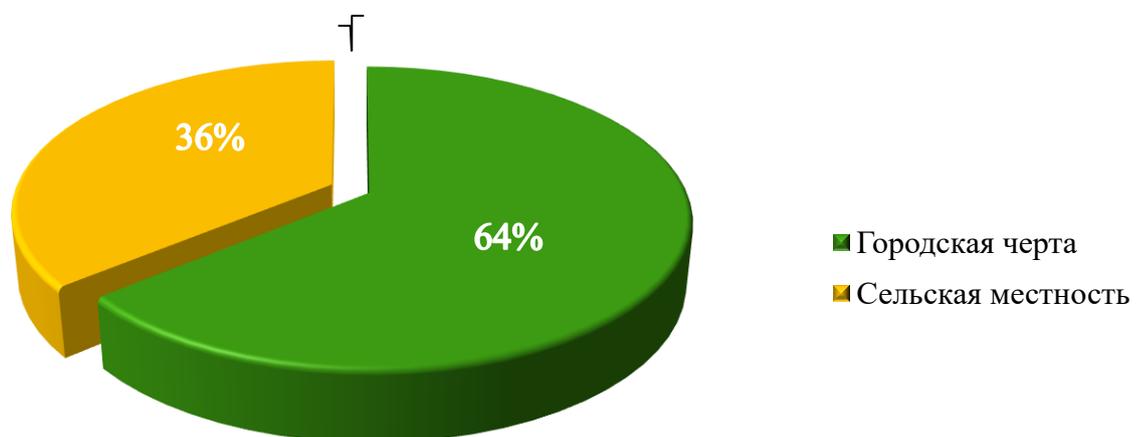


Рис.6. Распределение респондентов по месту проживания

Из вышеприведенной диаграммы следует, что большинство респондентов проживают в городской черте.

Исследование социального статуса, позволило выявить, что 22 (56%) респондента из малообеспеченных семей, 8(19%) –с высоким уровнем доходов, 10 (25%) респондентов – из семей со средним достатком (Рис.7).

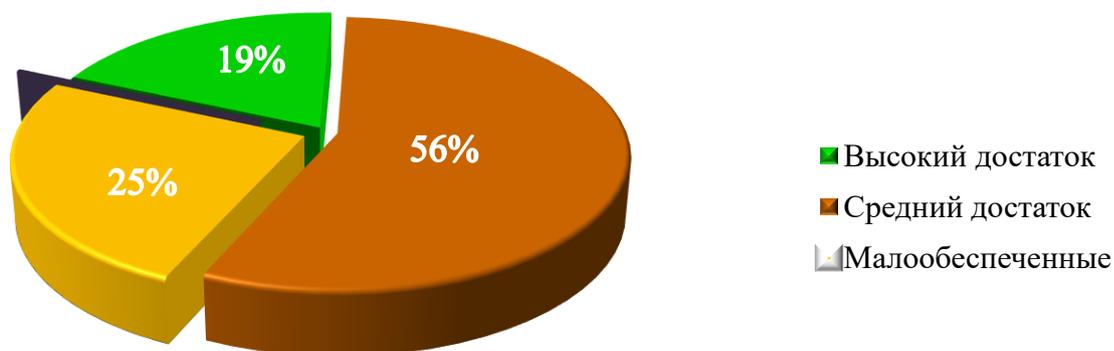


Рис.7.Распределение респондентов по социальному статусу

По данным диаграммы видно, что большее количество респондентов из семей со средним достатком.

23 (57%)респондента имеют такие заболевания, как гастриты и дуодениты, 12(30%)– отметили наличие энтеритов и колитов, 5 (13%)– страдаютязвенной болезнью желудка(Рис.8).

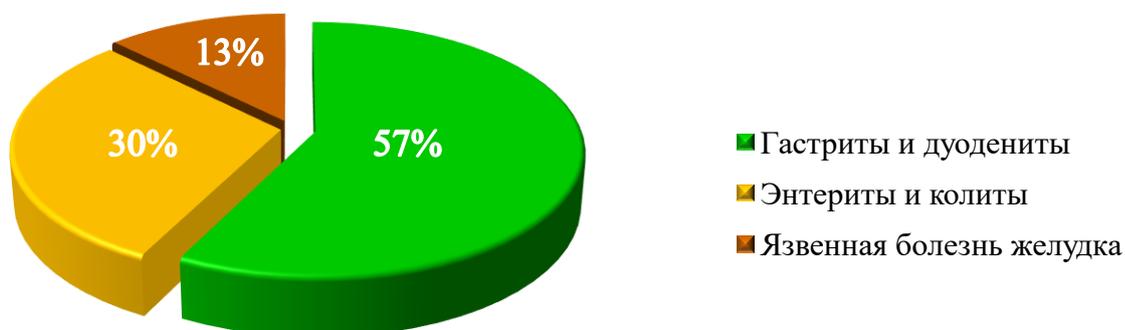


Рис.8. Распространенность заболеваний желудочно-кишечного тракта

Из данных диаграммы следует, что наиболее распространенными заболеваниями являются гастриты и дуодениты.

Следующий вопрос был направлен на выявление формы заболеваний желудочно-кишечного тракта среди респондентов. Среди всех опрошенных 21 (48%) респондент отметил, что заболевание желудочно-кишечного тракта имеет хроническое течение, у 19 (52%) респондентов заболевания данные заболевания протекают в острой форме (Рис.9).

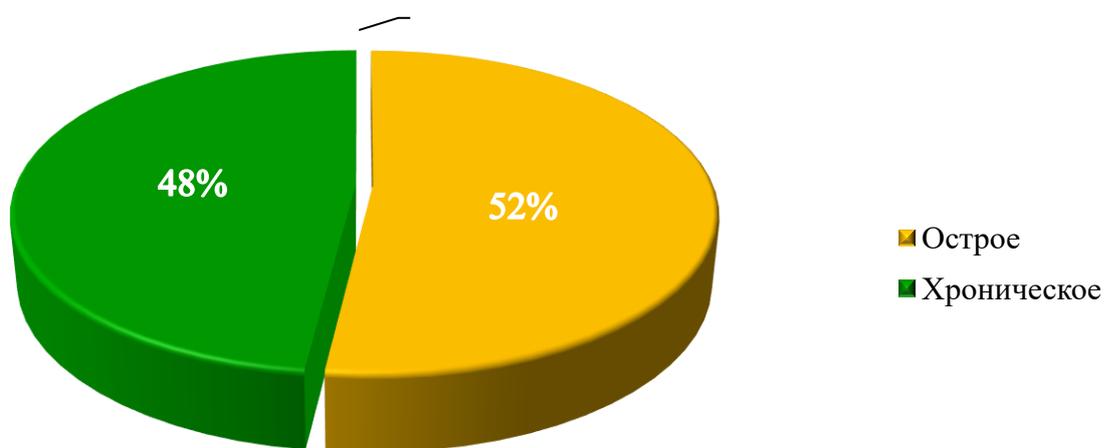


Рис.9. Распределение респондентов по форме заболеваний желудочно-кишечного тракта

Из данных диаграммы видно, что респондентов, имеющих острую форму заболеваний на 4% больше, чем с хронической формой.

Заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей большое разнообразие. Каждое из них проявляется своим комплексом симптомов. Однако существуют симптомы, которые характерны для многих болезней ЖКТ.

Изучая, какими симптомами проявляются заболевания желудочно-кишечного тракта у детей были получены следующие результаты: 32 (80%) респондента отметили как основной признак проявления заболевания болевой синдромом, 5 (13%) респондентов отмечают неустойчивый стул, 1 (2%) респондент обозначил наличие рвоты (Рис.10).

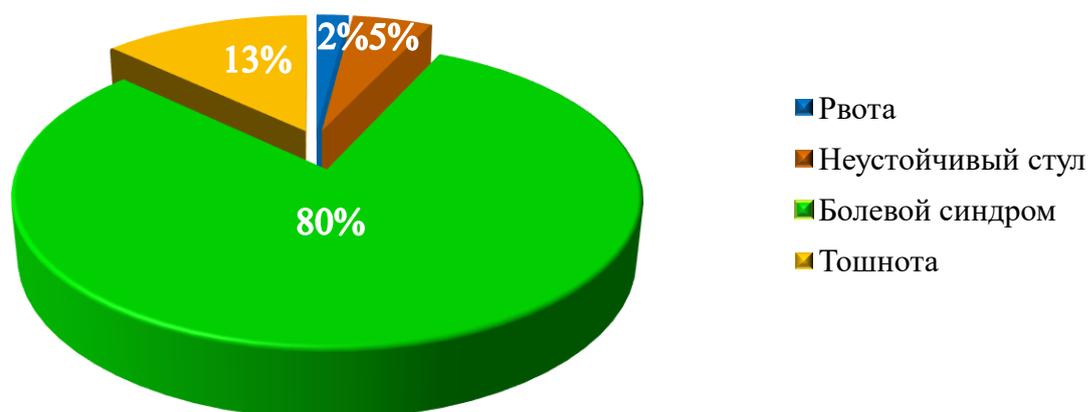


Рис.10.Распределение респондентов по основным признакам заболевания

По данным диаграммы видно, что в большинстве случаев заболевания ЖКТ у детей ведущим признаком является болевой синдром.

Выясняя предполагаемые причины возникновения заболеваний ЖКТ у детей, и причины обострения хронического процесса имеющихся заболеваний 17 (42%) человек отметило неправильное питание. Стрессовые ситуации выбрало 4 (10%) респондента. 12 (30%) – связывают возникновение заболевания с сезонностью. Несоблюдение режима дня назвали 7 (18%) респондентов (Рис.11).

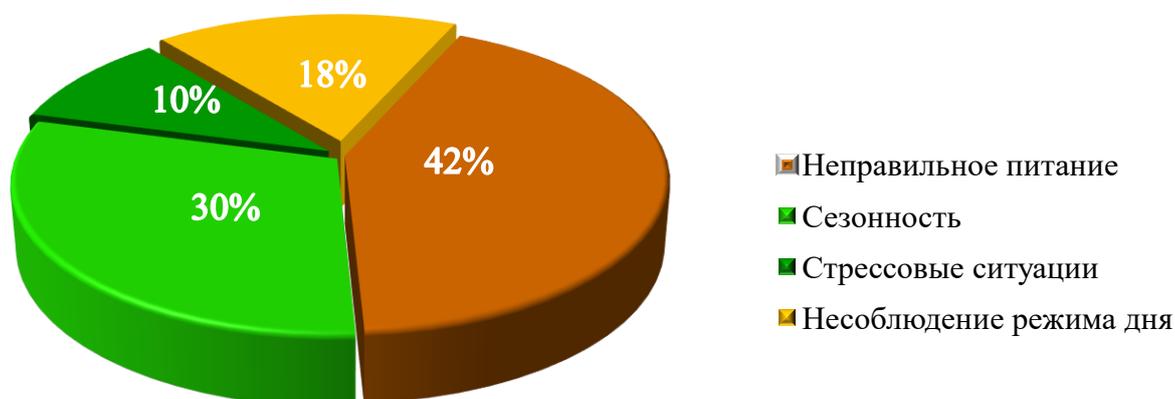


Рис.11. Распределение основных причин обострения заболеваний

Из данных диаграммы понятно, что основной причиной обострения заболеваний желудочно-кишечного тракта является неправильное питание. Однако многие отмечают обострение, связанное с сезонностью и нарушением режима дня.

Исследуя вопрос о соблюдении рекомендаций медицинской сестры по питанию, было выяснено, что 13 (32%) респондентов строго соблюдают рекомендации, 22 (56%) – частично придерживаются режима, 5 (12%) – игнорируют рекомендации (Рис.12).

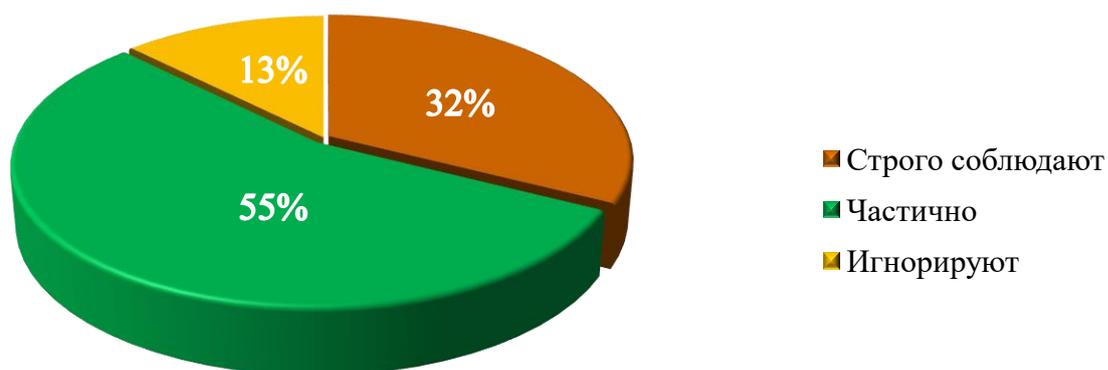


Рис.12. Распределение респондентов по соблюдению рекомендаций медицинской сестры по питанию

По результатам диаграммы понятно, что большинство опрошенных респондентов лишь частично соблюдают рекомендации медицинской сестры по питанию.

Выявляя режим питания респондентов, были получены следующие результаты: 13 (34%) респондентов придерживаются режима питания 4 раза в сутки, 12 (29%) респондентов питаются 3 раза в сутки, 10 (25%) респондентов – 2

раза в сутки, 5 (12%) опрошенных респондентов питаются всего 1 раз в сутки (Рис.13).

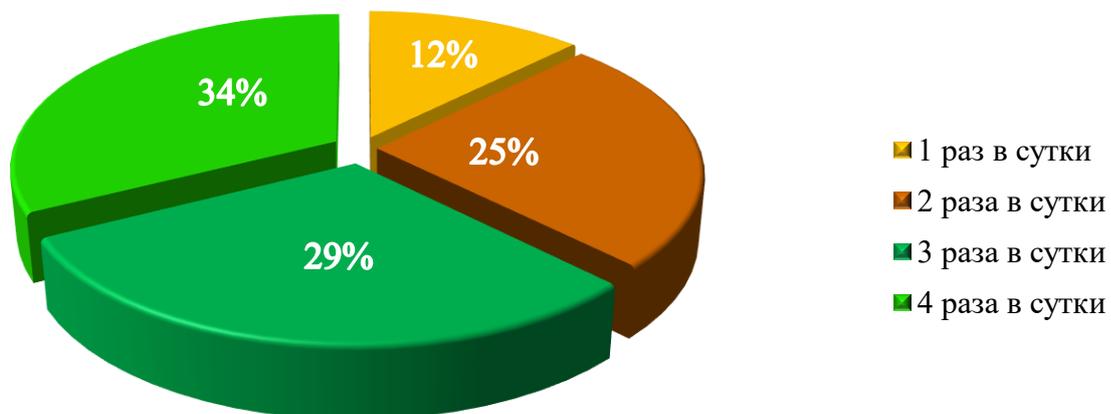


Рис.13. Распределение респондентов по соблюдению режима питания

Из диаграммы видно, что лишь 34% респондентов питаются 4 раза в сутки. Остальные пренебрегают соблюдением режима питания.

Выясняя предпочтение респондентов к пище, было выявлено, что 12(30%) респондентов предпочитают сладкое, 4 (10%) – жирное. Чипсы, сухарики, жвачки 15 (37%) респондентов, 7 (18%) – любят овощи и фрукты, 2 (5%) – острую пищу (Рис.14).

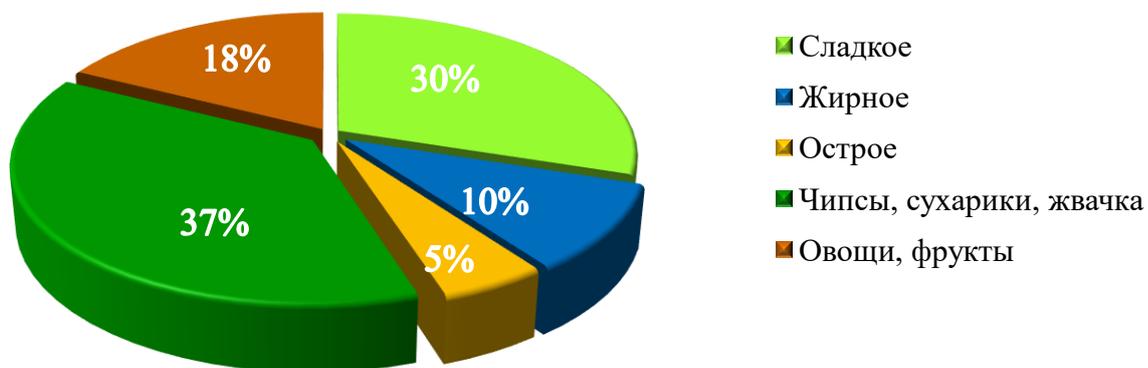


Рис.14. Распределение респондентов по предпочтениям в пище

По данным диаграммы понятно, что 37% респондентов употребляют продукты, запрещенные при заболеваниях ЖКТ – это чипсы, сухарики, жвачка. Еще 30% предпочитают вместо полноценного питания перекусы сладостями.

Выявляя информированность респондентов медицинской сестрой по адаптации к стрессовым ситуациям, было выяснено, что 25 (63%) респондентов не получали рекомендации. 11 (28%) респондентов получали информацию из других источников, 4 (9%) респондента не знают об адаптации к стрессовым ситуациям (Рис.15).

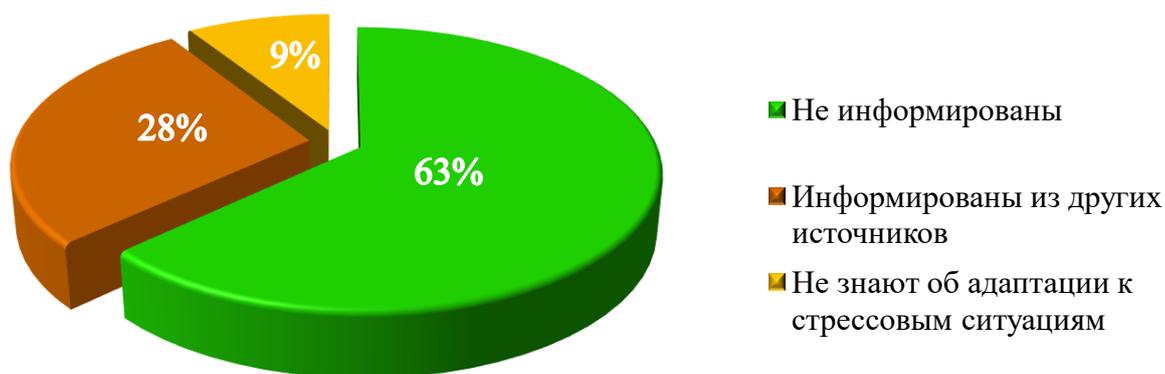


Рис.15. Информированность респондентов об устойчивости к стрессовым ситуациям

Из диаграммы понятно, что большинство опрошенных респондентов не были проинформированы медицинской сестрой по вопросу адаптации к стрессовым ситуациям. Самостоятельно изучили вопрос лишь 28% респондентов.

Выявляя частоту встречаемости простудных заболеваний у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта 2 (5%) респондента отметили, что болели простудными заболеваниями 1 раз в год, 2 раза в год болели 6 (14%)

респондентов, 3-4 раза в год – 9 (23%) респондентов, а более 5 раз – 23 (58%) респондентов (Рис.16).

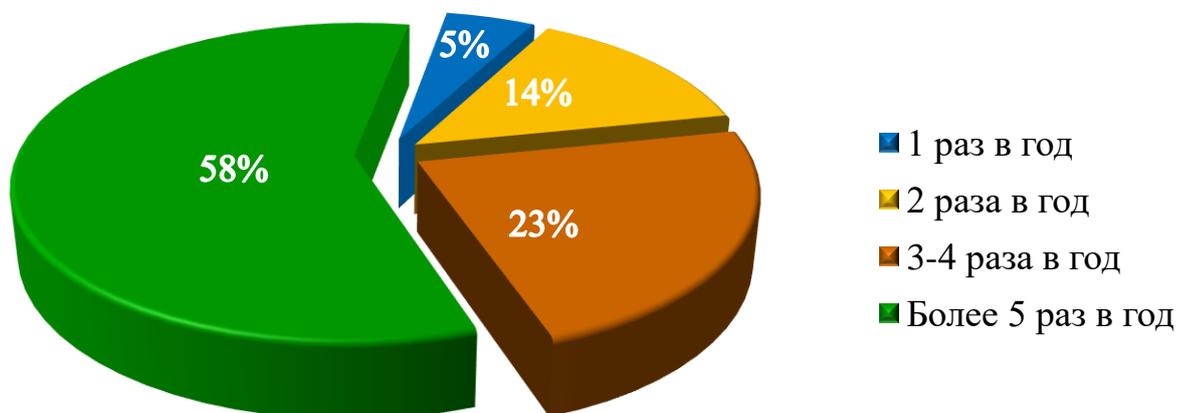


Рис.16. Частота простудных заболеваний среди респондентов

По данным диаграммы видно, что большее количество респондентов болеют простудными заболеваниями более 5 раз в год.

Выявляя вопрос укрепления иммунитета, было определено, что 8 (21%) респондентов употребляют витаминизированную пищу, рационально питаются 18 (44%) респондентов, закаливаются – 3 (9%), проводят иммунопрофилактику 5 (11%). Не выполняют рекомендации медицинской сестры по укреплению иммунитета 6 (15%) респондентов (Рис.17).

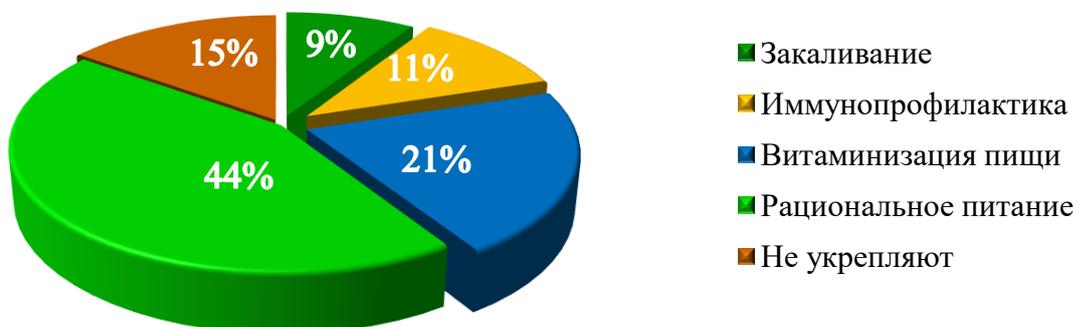


Рис.17. Распределение респондентов по выполнению рекомендаций по укреплению иммунитета

Из данных вышеприведенной диаграммы можно сделать следующий вывод, что большинство респондентов, для укрепления иммунитета придерживаются рационального питания и употребляют витаминизированную пищу, Однако 35% респондентов не уделяют этому вопросу никакого внимания.

Исследуя вопрос, смогут ли респонденты оказать необходимую помощь ребенку при рвоте, было выяснено, что 30 (79%) респондентов умеют это делать, 1 (2%) респондент не компетентен в данном вопросе. 8 (19%) опрошенных респондентов сомневаются в правильности выполнения этой манипуляции (Рис.18).

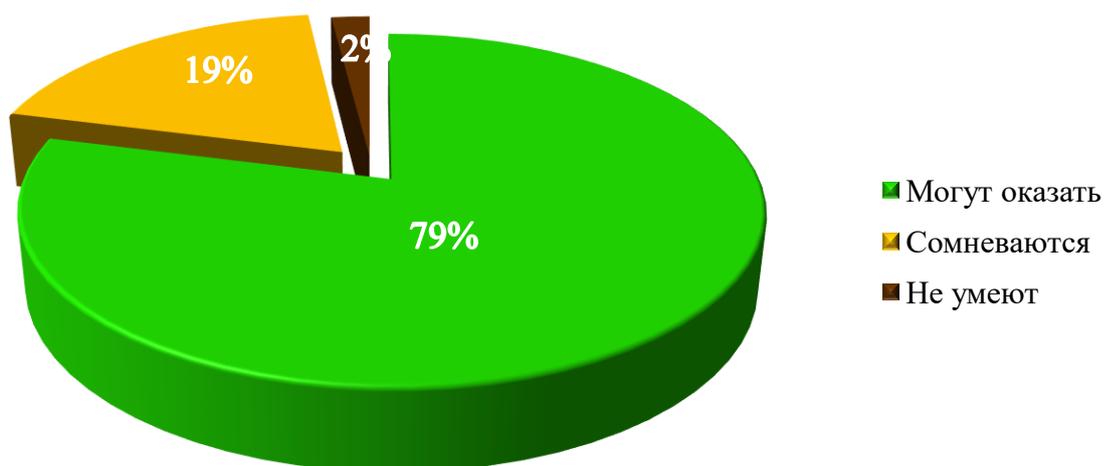


Рис.18. Распределение респондентов по способности оказать помощь ребенку при рвоте

По данным диаграммы понятно, что практически все респонденты обучены медицинской сестрой оказанию необходимой помощи ребенку при рвоте.

Помощь при болевом синдроме могут оказать 25 (64%) респондентов, не умеют оказывать помощь 4 (9%), 11 (27%) респондентов сомневаются в такой способности (Рис.19).

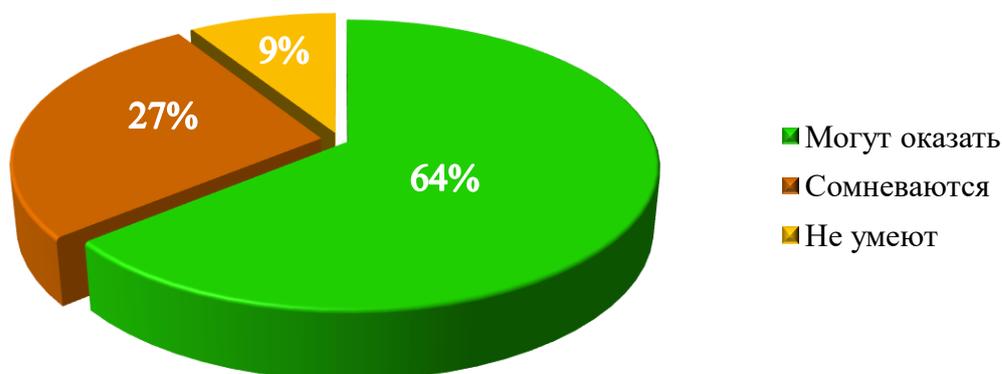


Рис.19. Способность оказать помощь ребенку при наличии боли

Из данных диаграммы понятно, что большинство респондентов могут оказать помощь при наличии боли.

Исследуя степень информированности респондентов медицинской сестрой по лечению лекарственными препаратами, 24 (60%) респондента ответили, что строго придерживаются назначений врача и рекомендаций медицинской сестры, принимают самостоятельное решение по приему лекарственных средств – 14 (35%) респондентов, абсолютно игнорируют назначения – 2 (5%) респондента (Рис.20).

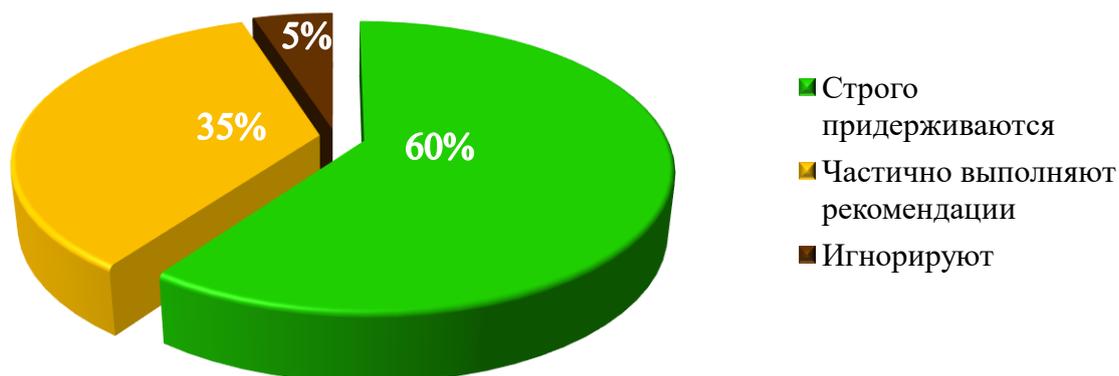


Рис.20. Выполнение респондентами лечения лекарственными препаратами

По данным диаграммы видно, что большая часть респондентов строго придерживаются назначенного лечения, но 35%, все же, принимают самостоятельные решения по выполнению назначений.

Исследуя, какие методы санитарно-просветительской работы использует медицинская сестра 15 (37%) респондентов отметили, что получили брошюры о профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта, 6 (14%) респондентов прослушали лекции по данному вопросу, 8 (21%) респондентов ознакомились с санбюллетнем. Индивидуальные беседы были проведены медицинской сестрой с 11 (28%) респондентами(Рис.21).

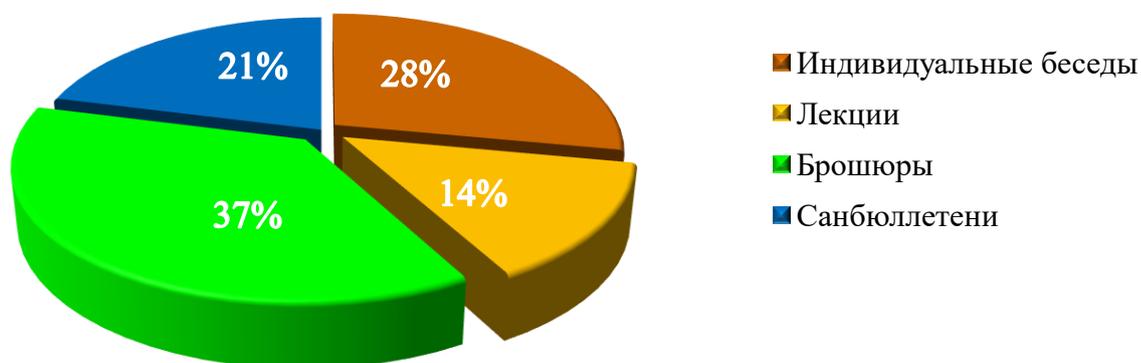


Рис.21. Методы санитарно-просветительской работы медицинской сестры

По данным вышеприведенной диаграммы видно, что наиболее часто в своей профилактической работе медицинская сестра использует брошюры и проводит индивидуальные беседы.

Таким образом, изучив результаты социологического исследования можно сказать, что заболеваниям желудочно-кишечного тракта в большей степени подвержены девочки в подростковом возрасте, проживающие в городе в семьях со средним материальным достатком, что подтверждает данные литературных источников. Чаще всего из всей патологии желудочно-кишечного тракта в исследуемой группе наблюдаются гастриты и дуодениты, протекающие в острой форме с преобладанием в клинике болевого синдрома. Основными причинами данных заболеваний являются неправильное питание, и нарушение режима приема пищи. Однако, и после постановки диагноза, большинство пациентов лишь частично соблюдают рекомендации по питанию. Так, только незначительная часть пациентов, принимают пищу 4-5 раз в сутки с обязательным приемом первого блюда. Кроме того, в 37% случаев имеет место грубое нарушение диеты с приемом чипсов, сухариков, жвачки, а еще 30% вместо полноценного приема пищи перекусывают различными сладостями.

Над вопросом укрепления иммунитета работают чуть больше половины пациентов, придерживаясь при этом лишь рационального питания. Без участия медицинской сестры самостоятельно подготовлена незначительная часть респондентов по вопросу адаптации к стрессу, в то время как остальные об этом не имеют понятия. Однако нужно отметить хорошую информированность медицинской сестрой родителей пациентов в плане оказания помощи при боли и рвоте. Больше половины респондентов строго выполняют назначения врача, что, тоже является результатом работы медицинских сестер. Для информированности пациентов по вопросам профилактики медицинская сестра использует чаще всех видов санитарного просвещения, брошюры и индивидуальные беседы.

Итак, выявляя роль медицинской сестры в профилактике заболеваний органов пищеварения у детей, можно сказать, что её профессиональная деятельность была бы более продуктивна, если бы пациенты несколько тщательнее выполняли рекомендации по питанию и укреплению иммунитета, обладали информацией об адаптации к стрессовым ситуациям, а в своей просветительской деятельности медицинская сестра использовала более широкий аспект способов подачи информации.

В связи с этим, для большей эффективности профилактических мероприятий по профилактике заболеваний органов пищеварения у детей, медицинским сестрам педиатрического отделения ОГБУЗ «ОДКБ» можно рекомендовать осуществлять более тщательный контроль над выполнением рекомендаций по питанию, для чего убедиться в понимании пациентом или его родителями полученной информации. Обратит особое внимание на вопросы по укреплению иммунитета и вопросы адаптации к стрессовым ситуациям. Разнообразить ассортимент способов информирования пациентов по профилактическим мероприятиям, например, составление санитарных бюллетеней, тематических выставок и игр, и т.д.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Желудочно-кишечные заболевания – это большая группа заболеваний, при которых поражается одноименная анатомическая область. Данные заболевания встречаются довольно часто. Детские гастроэнтерологи выявляют 2 основных пика патологий: 5-6 лет и 9-11 лет, в период наиболее интенсивных морфофункциональных изменений в детском организме, когда вследствие неравномерного роста отдельных органов и систем возникает дезинтеграция роста. Актуальность данного исследования заключается в том, что проблема заболеваемости желудочно-кишечного тракта является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой, так как имеет серьезные последствия, обуславливающие высокую заболеваемость детей.

На основании анализа теоретического материала, было выяснено, что основными причинами возникновения заболеваний желудочно-кишечного тракта являются несбалансированный рацион питания, инфекции и бактерии, неблагоприятная психо-эмоциональная окружающая обстановка, а также наличие наследственной предрасположенности. Также была выделена группа симптомов, характерных для всех заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей - это боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, нарушение аппетита, общая слабость и повышенная утомляемость – так проявляется большинство заболеваний, связанных с поражением желудочно-кишечного тракта. Лечение заболевания должно быть комплексным и заключается в устранении причины и ряда неспецифических мероприятий по коррекции питания и режима дня ребенка. Лечебное питание должно предусматривать максимальное химическое, механическое и термическое щажение функционирования пищеварительного тракта. Профилактика заболеваний желудочно-кишечного тракта предусматривает устранение или факторов, неблагоприятно действующих на организм ребенка. К таким факторам относятся несбалансированное питание, нарушенный режим дня,

инфекционные и паразитарные заболевания органов пищеварительной системы, аллергия, гиподинамия, стрессовые ситуации. Главными задачами профилактических мероприятий заболеваний желудочно-кишечного тракта является: активная пропаганда здорового образа жизни, своевременное выявление первичных симптомов заболеваний, диспансеризация и реабилитация детей с диагностируемым заболеванием желудочно-кишечного тракта, а также своевременное лечение обострений заболеваний пищеварительной системы.

Медицинские сестры педиатрических отделений должны позаботиться о том, чтобы родители детей были в достаточной степени информированы по вопросам профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта, при этом акцентировать внимание на значимости питания и соблюдения возрастного режима. Важно обращать внимание не только на подачу информации пациентам и их родителям, но и на понимание ими проблемы профилактических мер заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов, А.А. Болезни детей раннего возраста [Текст]: руководство для врачей и студентов / А.А. Баранов. – Иваново: Вестник, 2015. – 346 с.
2. Берман, Р.Е. Педиатрия [Текст]: руководство, пер. с англ. / Р.Е. Берман, В.К. Воган. – М.: Медицина, 2015. – 558 с.
3. Исаева, Л.И. Стандарт деятельности медицинской сестры в педиатрии [Текст] / Л.И. Исаева. – М.: АНМН, 2014. – 966 с.
4. Лебедь, В.А. Справочник по педиатрии с сестринским процессом [Текст] / В.А. Лебедь. – М.: Высшая школа, 2016. – 592 с.
5. Низкодубова, С.В. Основы медицинских знаний [Текст]: учебное пособие / С.В. Низкодубова, Е.А. Каюмова, С.А. Легостин, Э.И. Мастеница. – Томск: Центр учебно-методической литературы ТГПУ, 2014. – 196 с.
6. Петровский, Б.В. Большая медицинская энциклопедия [Текст] / Б.В. Петровский; 3-е изд. – М.: Современная энциклопедия, 2015. – 528 с.
7. Соколова, Н.Г. Сестринское дело в педиатрии. Практикум [Текст] / Н.Г. Соколова, В.Д. Тульчинская. – М.: Феникс, 2016. – 384 с.
8. Храмова, Е.Ю. Справочник медсестры [Текст]: практическое руководство / Е.Ю. Храмова, В.А. Плисов. – М.: РИПОЛ классик, 2015. – 512 с.
9. Тура, А.Ф. Детские болезни [Текст] / А.Ф. Тура, О.Ф. Тарасова, Н.П. Шабалова. – М.: Медицина, 2016. – 608 с.
10. Соколов, Л.П. Курс педиатрии [Текст]: учебное пособие / Л.П. Соколов. – М.: Медицина, 2015. – 285 с.
11. Шипова, В.М. Штатное обеспечение деятельности медицинских организаций по профилактике неинфекционных заболеваний [Текст] / В.М. Шипова, С.В. Гайдук // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза. – 2016. – № 2. – С. 23-33.

12. Решетников, А.В. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины [Текст] : учебное пособие / А.В. Решетников, О.А. Шаповалова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 60 с.
13. Зинетуллиная, Н.Х. Опыт работы отделения медицинской профилактики многопрофильной больницы [Текст] / Н.Х. Зинетуллиная, Е.А. Наумова, А.В. Аверин // Сестринское дело. – 2016. – № 3. – С. 44-46.
14. Панкова, Д.Д. Руководство по школьной медицине [Текст] : клин.основы / Д.Д. Панкова, А.Г. Румянцева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 632 с.
15. Стародубов, В.И. Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства [Текст] / В.И. Стародубов [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2016. – № 4. – С. 6-13.
16. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия [Текст] / А.И. Вялкова, Р.Г. Оганова. – М.: Высшая школа, 2017. – 285 с.
17. Павлов, Ю.И., Лапик С.В. Современное состояние сестринского дела и роль медсестры-менеджера в оптимизации системы управления сестринской деятельностью // Главная медицинская сестра, М. – 2016. - №10.
18. Скворцов, В.В. Профилактика внутрибольничной инфекции [Текст] / В.В. Скворцов, А.В. Тумаренко. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. – 64 с.
19. Сквирская, Г.П. Медицинская профилактика: современные технологии [Текст] : руководство / Г.П. Сквирская, А.И. Вялкова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 232 с.
20. Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях [Текст] : приказ Минздрава России от 30.09.2015 № 683н // Главная медицинская сестра: журнал для руководителя среднего медперсонала. – 2016. – № 2. – С. 135-156.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Примерное детское диетическое меню на неделю при гастрите

Питаться нужно 5-7 раз в день в одно и то же время. Порции должны быть небольшими, важно следить, чтобы малыш не переел. Диета при гастрите ребенку должна соблюдаться строго. Рассмотрим приблизительное меню на неделю.

Понедельник

1. Завтрак в 7:30 – омлет из 2-х яиц и чай с молоком;
2. Полдник в 11:00 – печеные, фрукты;
3. Обед в 14:00 – суп с рисом, гречневая каша с печеным хеком, тушеные брокколи, компот из сухофруктов;
4. Перекус в 16:30 – кусочек сырной запеканки, стакан натурального йогурта;
5. Ужин в 18:30 – картофель, запеченный с мясом индейки и овощами, компот;
6. В 20:30 – стакан теплого молока.

Вторник

1. Завтрак в 7:30 – тыквенная запеканка с бананом и стакан киселя;
2. Полдник в 11:00 – банан;
3. Обед в 14:00 – красный борщ, макароны с сыром, черный чай, желе ягодное;
4. Перекус в 16:30 – печеное яблоко;
5. Ужин в 18:30 – пюре с тушеной курицей, тушеная капуста и стакан ряженки;
6. В 20:30 – сухари из булочки (домашнего приготовления) и компот.

Среда

1. Завтрак в 7:30 – молочная рисовая каша с бананом, чай;
2. Полдник в 11:00 – зефир и компот;

3. Обед в 14:00 – суп с перловкой, перловая каша с мясом нутрии, цветная капуста на пару, кусочек шарлотки, компот;
4. Перекус в 16:30 – галетное печенье и молоко;
5. Ужин в 18:30 – каша пшенная с куриной котлетой, запеченные кабачки с сыром;
6. В 20:30 – кефир (нежирный).

Четверг

1. Завтрак в 7.30 – кусочек пирога с ягодами, чай с молоком;
2. Полдник в 11:00 – сладкие сухари домашнего приготовления;
3. Обед в 14:00 – борщ с капустой, перловая каша с тефтелей из мяса индюшки, чай каркаде;
4. Перекус в 16:30 – кусочек запеканки, чай;
5. Ужин в 18:30 – пшенная каша с томатной подливой, голубец, салат из капусты и компот;
6. В 20:30 – стакан нежирного молока.

Пятница

1. Завтрак в 7:30 – молочный суп с гречкой;
2. Полдник в 11:00 – печеный фрукт;
3. Обед в 14:00 – суп с брокколи, пюре из тыквы, салат с морковкой и мясом кролика;
4. Перекус в 16:30 – галетное печенье с теплым молоком;
5. Ужин в 18:30 – перловая каша и белковый омлет, кисель;
6. В 20:30 – стакан кефира.

Суббота

1. Завтрак в 7:30-8:00 – каша из манки с бананом;
2. Полдник в 11:00 – печеная груша с медом;
3. Обед в 14:00 – суп с куриной печенью, пшеничная каша с котлетой, чай с молоком;
4. Перекус в 16:30 – печеная тыква с медом;
5. Ужин в 18:30 – пюре с печеной рыбой, капустный салат, чай;

6. В 20:30 – стакан домашнего йогурта.

Воскресенье

1. Завтрак в 7:30-8:00 – молочный суп с гречкой, кусочек запеканки;

2. Полдник в 11:00 – печеная груша;

3. Обед в 14:00 – борщ с капустой, рисовая каша с тефтелей, салат из помидора и зелени, компот;

4. Перекус в 16:30 – печенье и нежирное молоко;

5. Ужин в 18:30 – запеченная рыба с цветной капустой, кисель;

6. В 20:30 – стакан домашнего йогурта.

АНКЕТА

«Оценка уровня информированности родителей в вопросах профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей»

Уважаемые родители!

Просим Вас ответить на вопросы, касающиеся профилактики заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить уровень профессиональной деятельности медицинских сестер и определить мероприятия по повышению профилактики железодефицитной анемии.

1. Пол вашего ребенка?

А) девочка

Б) мальчик

2. Возраст вашего ребенка?

А) от 1 до 5 лет

Б) от 6 до 10

В) от 11 до 14 лет

Г) от 15 до 17 включительно

3. Место Вашего проживания?

А) городская черта

Б) сельская местность

4. Какой уровень материального обеспечения Вашей семьи?

А) высокий достаток

Б) средний достаток

В) малообеспеченные

5. Какие заболевания желудочно-кишечного тракта беспокоят Вашего ребенка?

А) гастрит, дуоденит

Б) энтерит, колит

- В) язвенная болезнь желудка
 - Г) другие
6. В какой форме проявляется течение данного заболевания?
- А) острое
 - Б) хроническая
7. Как проявляется данное заболевание у Вашего ребенка?
- А) болевой синдром
 - Б) рвота
 - В) тошнота
 - Г) неустойчивый стул
8. Что из перечисленного является возможной причиной возникновения заболевания?
- А) стрессовые ситуации
 - Б) неправильное питание
 - В) сезонность
 - Г) несоблюдение режима дня
9. Соблюдает ли Ваш ребенок рекомендации медицинской сестры по питанию?
- А) строго соблюдает
 - Б) частично
 - В) игнорирует
10. Какой из перечисленных режимов питания соблюдает Ваш ребенок?
- А) 1 раз в сутки
 - Б) 2 раза в сутки
 - В) 3 раза в сутки
 - Г) 4 раза в сутки
11. Какой пище Ваш ребенок отдает большее предпочтение?
- А) сладкое
 - Б) жирное
 - В) острое

Г) чипсы, сухарики, жвачка

Д) овощи, фрукты

12. Каково качество приема пищи Вашего ребенка?

А) еда всухомятку

Б) первые блюда 1 раз в день

В) торопливая еда

13. Соблюдает ли Ваш ребенок возрастной режим дня?

А) соблюдает

Б) частично придерживается

В) не соблюдает

14. Получает ли Ваш ребенок адекватную физическую нагрузку и где?

А) посещает спортивные секции

Б) занимается только на уроках физкультуры.

В) избегает физическую нагрузку

15. Соблюдает ли Ваш ребенок личную гигиену?

А) моет руки перед едой

Б) чистит зубы 2 раза в день

В) полощет рот после еды

16. Имеет ли Ваш ребенок такие заболевания как:

А) тонзиллит

Б) синусит

В) кариес зубов

Г) другие хронические заболевания

17. Информировала ли Вас медицинская сестра о санации хронических очагов инфекции?

А) информировала

Б) знаем, но предпочитаем не санировать

В) игнорируем проблему

18. Имеются ли у Вашего ребенка хронические стрессовые ситуации?

А) постоянные стрессовые ситуации

Б) кратковременные стрессовые ситуации

В) стрессов нет

19. Получали ли Вы рекомендации от медицинской сестры по адаптации к стрессовым ситуациям?

А) не информированы

Б) информированы из других источников

В) не знаем о адаптации к стрессовым ситуациям

20. Как часто Ваш ребенок болеет простудными заболеваниями?

А) 1 раз в год

Б) 2 раза в год

В) 3-4 раза в год

Г) более 5 раз в год

21. Какие мероприятия по укреплению иммунитета Вашего ребенка Вы проводите?

А) закаливание

Б) иммунопрофилактика

В) витаминизация пищи

Г) рациональное питание

Д) ничего из перечисленного

22. Информированы ли Вы по оказанию помощи ребенку при рвоте?

А) могу оказать

Б) сомневаюсь

В) не умею

23. Можете ли Вы оказать необходимую помощь ребенку при боли?

А) могу оказать

Б) сомневаюсь

В) не умею

24. Информированы ли Вы медицинской сестрой по выполнению лечения лекарственными препаратами?

А) строго придерживаюсь инструкции медицинской сестры

Б) считаю, что не обязательно выполнять назначения

В) игнорируем лечение лекарственными препаратами

25. Получает ли Ваш ребенок санаторно-курортное лечение?

А) регулярно

Б) периодически

В) игнорирует

26. Проводила ли Ваша медицинская сестра беседу о профилактике заболеваний желудочно-кишечного тракта у детей?

А) да

Б) нет

27. Какие методы санитарно-просветительской работы использует медицинская сестра?

А) индивидуальные беседы

Б) лекции

В) брошюры

Г) санбюллетени