

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ
АНЕМИЕЙ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051611
Черных Виктория Сергеевна**

..... Научный руководитель
.....преподаватель Шенцева И.Н.

.....Рецензент
.....Врач гематолог
..... ОГБУЗ «Областная клиническая детская
.....больница» Е.Д.Фалалеева

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ.	
1.1. Понятие, классификация и клиническая картина заболевания железodefицитной анемией	5
1.2. Особенности обследования пациентов с железodefицитной анемией.....	8
1.3. Лечение железodefицитной анемии	11
1.4.Профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости детей железodefицитной анемией.....	16
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ.	
2.1. Организационная характеристика онкогематологического отделения ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».....	20
2.2. Анализ работы медицинской сестры онкогематологическом отделении ОГБУЗ «ДОКБ».....	22
2.3. Анализ статистических и анкетных данных, собранных на базе онкогематологического отделения ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»	32
2.4. Рекомендации для медицинских сестер работающих в онкогематологическом отделении ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница».....	44
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	46
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	47
ПРИЛОЖЕНИЯ	49

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), заболевание железодефицитной анемией (ЖДА), является первой в перечне тридцати восьми самых распространенных болезней.

Всего в Мире насчитывается 1.987.300.000 пациентов с анемией, из них имеют железодефицитную анемию – 1.788.600.000. Дефицит железа испытывают дети и в развитых, и в развивающихся странах, только соотношение их различно. Так, в развитых странах с диагнозом железодефицитная анемия. Дети от 0 до 4 лет составляют 12%, а в развивающихся – 51%. Дети от 5 до 12 лет в развитых странах составляют 7%, а в развивающихся – 46% [18, с.15].

Как мы видим, из мировой статистики актуальность проблемы заболевания железодефицитной анемией остается велика. Важность данной проблемы в том, что на сегодняшний день ЖДА имеет последствия связанные с нарушением мозговой деятельности детей: нарушение моторного развития и координации, нарушение речевого развития, понижение физической активности. Из самых приоритетных – уход и профилактика заболеваний.

Целью дипломной работы является изучение распространенности железодефицитной анемии среди детей, проживающих на территории Белгородской области и готовности среднего медицинского персонала в уходе при данном симптоме.

Задачи исследования:

1. Изучить литературные источники по теме проводимого исследования.
2. Изучить аспекты влияния деятельности медицинской сестры на формирование устойчивого отношения родителей и детей к здоровому образу жизни при ЖДА.

3. Проанализировать результаты исследования статистических данных распространенности заболеваний ЖДА в педиатрическом и онкогематологическом отделениях ОГБУЗ «ДОКБ».

4. Провести анкетирование родственников, на предмет их знаний о ЖДА в педиатрическом и онкогематологическом отделениях ОГБУЗ «ДОКБ».

5. Разработать рекомендации для медицинских сестер, участвующих в уходе за детьми с учетом выводов по итогам проведенного исследования.

Объект исследования – дети имеющие заболевание ЖДА в Белгородской области ОГБУЗ «ДОКБ».

Предмет исследования - профессиональная деятельность медицинской сестры при уходе за детьми имеющих заболевание ЖДА, в ОГБУЗ «ДОКБ».

Методы исследования:

научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

социологические: анкетирование;

организационный (сравнительный, комплексный) метод;

Теоретическая значимость дипломной работы состоит в определении современных статистических и клинических данных по проблеме заболеваемости железодефицитной анемии у детей.

Практическая значимость работы заключается в определении общих и профессиональных компетенций сестринского персонала в организации и проведении мероприятий при уходе за детьми с железодефицитной анемией, по Белгородской области.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ

1.1. Понятие, классификация и клиническая картина заболевания железodefицитной анемией у детей

Железодефицитная анемия или малокровие - это патологическое состояние, с появлением целого ряда симптомов со стороны различных органов: кожи и слизистой, нервной системы, пищеварительного тракта, сердца и системы кровообращения. Основными показателями железodefицитной анемии является, снижение гемоглобина и эритроцитов крови [1, с.7].

Анемия – это состояние, которое характеризуется снижением концентрации гемоглобина (менее 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин) и гематокрита (менее 39% у мужчин и 36% у женщин).

Гемоглобин — это особый железосодержащий белок крови, который выполняет в организме газообмен и поддерживает стабильный обмен веществ. Железодефицитная анемия у детей – это когда концентрация гемоглобина снижается ниже нормы, но в большинстве своем, снижаются эритроциты в крови [3, с.20].

Эритроциты - красные кровяные клетки, которые наполнены белком гемоглобином. Функция эритроцитов состоит в переносе кислорода к органам и тканям.

Анемия может возникнуть не только, когда возникают патологические состояния, то есть заболевания, но и при физиологических состояниях. У детей и подростков такое состояние может возникнуть в период усиленного роста.

На первом году развития ребенка к недостатку железа приводит чаще всего несбалансированное питание, кормление коровьим молоком, недостаточное употребление продуктов содержащих животный белок, таких как: мясо животных и птиц, яйца. Родители иногда отдают предпочтение

искусственному вскармливанию, так как их во время беременности недостаточно осведомили о преимуществе естественного вскармливания.

Существует у детей несколько причин железодефицитной анемии:

- костный мозг слабо вырабатывает гемоглобин;
- фактор наследственности;
- из-за частых заболеваний - приобретенные;

Возникающие по нескольким причинам одновременно - смешанные.

ЖДА у ребенка существует нескольких типов, это: ранняя или физиологическая, когда дети родились раньше срока, заболевание развивается на фоне естественных процессов, поздняя, которая возникает на фоне истощения запасов железа, чаще ее отмечают, когда ребенку исполнилось три – четыре месяца, алиментарная или приобретенная, когда ребенок получает недостаточное количество продуктов содержащих железо. Такая форма может спровоцировать острую инфекцию.

Хлороз – это довольно редкая форма болезни. Она возникает у девочек, которые достигли подросткового возраста, связано с началом менструального периода. Врачи связывают такой тип железодефицитной анемии с целым комплексом причин: переутомлением, нервным стрессом, обильными менструациями и эндокринными нарушениями.

Дифференциальная диагностика железодефицитной анемии (сидеропении) проводится с другими гипохромными анемиями, которые протекают с высоким содержанием железа (талассемия, нарушение синтеза порфиринов и гема, изолирующий легочный гемасидероз)[8, с.3].

В зависимости от того какой уровень гемоглобина у ребенка анемия может быть тяжелой, средней и легкой степени. Существуют нормы уровня гемоглобина в крови, они зависят от возраста и пола. Так у новорожденных он составляет – 145 – 225 г/л, у детей до месяца – 100 – 180 г/л, у детей до двух месяцев – двух лет – 90 – 140 г/л, у детей от двух до двенадцати лет – 110 – 150 г/л, у детей от тринадцати и старше – 115 – 155 г/л [3, с.20].

Содержание эритроцитов у пациентов не имеет самостоятельного диагностического значения, так как их число в нормальных пределах удерживается длительное время. Функциональные возможности эритропоэза оцениваются по числу ретикулоцитов, и в этом случае анемия делится на регенераторную – от 5 до 50%, гиперрегенераторную – ретикулоцитоз выше 50%, гипо – или арегенераторную - низкий ретикулоцитоз, не адекватный степени тяжести анемии, или отсутствие ретикулоцитов в периферической крови.

В качестве дополнительной характеристики анемии используется величина цветового показателя. Анемия делится на гипохромную (цветной показатель менее 0,8), нормохромную (цветной показатель от 0,8 до 1,0) и гиперхромную (цветной показатель более 1,0) [9, с.5].

ЖДА у ребенка сопровождается нарушением работы иммунной системы. При прослушивании сердца врач может различить специфические для ЖДА шумы. При ЖДА - извращение вкуса (едят мел, уголь, землю), а также обоняния (вдыхают запах бензина, ацетона и др. веществ с неприятным запахом).

Трофические изменения кожи (истонченность, сухость, выпадение волос, ломкость ногтей) при ЖДА.

При расспросе о заболевании, необходимо уточнить об общем состоянии пациента, предшествовавшем заболеванию, а также предполагаемые причины болезни. Изучить динамику каждого симптома.

Из анамнеза жизни: выясняются факторы, имеющие значение в этиологии заболевания: неправильное одностороннее питание.

Первые признаки, которые указывают на развитие железодефицитной анемии у детей, являются:

- бледность кожных покровов;
- нарушение режима сна;
- чувствительность к холоду;
- трещинки в уголках рта;

- сухость кожи;
- нарушение пищеварения.

При железодефицитной анемии следует обратить внимание на трофические расстройства (вследствие хронической сидеропении): выпадение волос, ломкость ногтей, извращение вкуса, дисфагии [9, с.3].

При длительно существующем дефиците уровня гемоглобина ниже 90 г/л, и железа ведущими клиническими синдромами являются:

1. Эпителиальный синдром. Характеризуется бледностью кожи, покраснение языка, шелушение кожи, ломкость волос и ногтей.
2. Астеноневротический синдром. Проявляется повышением возбудимости, раздражительностью, сонливостью, апатия.
3. Сердечно-сосудистый синдром. Сопровождается одышкой, сердцебиениями, тахикардией.
4. Мышечный синдром. Сопровождается снижением тонуса в мышцах, быстрая утомляемость.
5. Снижение иммунитета. Сопровождается частыми простудными заболеваниями ОРВИ, бронхиты, пневмонии [12, с.19].

1.2. Особенности обследования пациентов с железодефицитной анемией

Методы обследования при заболеваниях системы крови маленьких пациентов играют, первостепенное значение.

Диагноз ЖДА ставится на основании клинической картины, собранном анамнезе, жалоб. Обращается внимание на состояние здоровья матери во время беременности, был ли у нее токсикоз и другие заболевания. Уточняют факторы риска по развитию железодефицитной анемии у ребенка, вызывающий эндогенный дефицит железа (недоношенность, родившийся из двойни, анемия матери во время беременности). Обязательно выясняют вид вскармливания

ребенка в раннем возрасте, сроки введения прикорма, а так же рацион питания детей других возрастных групп для того чтобы выявить алиментарные факторы сидеропении. Уточняют перенесенные ребенком заболевания, вызывающие недостаточное усвоение железа в желудочно – кишечном тракте (целиакия, кишечные инфекции), а также избыточную потерю железа при острой и хронической кровопотери, хроническом колите, неспецифическом язвенном колите, полипы желудочно – кишечного тракта, язвенной болезни, экссудативной энтеропатии, гельминтозах и других заболеваниях[12, с.19].

Оценивается общее состояние ребенка, физическое развитие. Необходимо обращать внимание на цвет кожи, оттенок бледности может быть разным: «алебастровая бледность» при ювенильном хлорозе; слегка желтоватая, восковидная - при В12-дефицитной анемии. При осмотре полости рта, видимых слизистых при ЖДА: слизистая оболочка полости рта при объективном осмотре не имеет видимых глазу нарушений, так как подлежит изменениям только ее цвет, она становится бледно-розового цвета (бескровой, анемичной). Жалобы пациентов основаны на том, что во время употребления острого или кислого возникают боли в языке и по всей поверхности слизистой, также наблюдаются сухость в полости рта и парестезии (жжение в области кончика языка, пощипывание, покалывание и распирание языка, затруднение при глотании). Также пациенты жалуются на наличие трещинок в уголках рта (ангулярный хейлит или стоматит) [3], розовые со сглаженными сосочками языка при В12 дефицитной анемии. Изменения сердечно – сосудистой системы, органов дыхания.

Выявление анемического синдрома:

- определение снижения уровня гемоглобина в сыворотки крови;
- определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, тромбоцитов, ретикулоцитов, лейкоцитарной формулы, расчет цветового показателя или среднего содержания гемоглобина в эритроците, просмотр мазка крови для определения аномальных форм эритроцитов и их насыщения гемоглобином, лейкоцитов и клеточных включений, гематокрит;

- определение содержания запасов железа.

Среди других диагностических методов используют:

- исследование сывороточного железа;
- исследование кала на скрытую кровь, копрограмму;
- исследование уровня билирубина и его фракций в сыворотке крови;
- исследование протеинограммы;
- исследование осмотической резистентности эритроцитов;
- исследование группы крови и резус – фактора, проба Кумбса;
- исследование костного мозга (миелограмма), по показаниям;
- время свертывания и длительность кровотечения, коагулограмма, по показаниям;
- эндоскопическое исследование желудочно – кишечного тракта, по показаниям, для исключения локальных очагов деструкции слизистой оболочки.

При диагностике железодефицитной анемии у детей нужно обращать внимание на все признаки, которые указывают на возможные нарушения со стороны красной крови, и проводить тщательную лабораторную диагностику. Предполагается регулярное проведение диагностики возможного развития ЖДА у детей из группы высокого риска развития этого состояния. При железодефицитной анемии может повышаться температура тела до субфебрильной (пирогенное действие продуктов распада эритроцитов или же компенсаторное действие повышенного основного обмена веществ).

Для благоприятного общего состояния организма человеку необходимо употреблять 1,5–2 мг железа в сутки. Организмом усваивается 9–22% потребляемого железа. Чтобы получить необходимую дозу микроэлемента нужно употребить около 20 мг железа.

План динамического наблюдения включает в себя:

- общий анализ крови один раз в 10 дней;
- гемоглобин и гематокрит – по показаниям;

- эритроциты, ретикулоциты – через 7 -8 дней от момента начала лечения
- препаратами железа, затем один раз в 10 дней;
- уровень железа в сыворотке крови и ОЖСС – перед выпиской из стационара;
- анализ мочи один раз в 10 дней;
- ежедневный контроль частоты пульса и дыхания, размер печени и селезенки.

Решающим в диагностике является биохимическое исследование «железо-комплекса» крови. При проведении биохимического анализа крови отмечается:

- снижение содержания сывороточного железа (СЖ) менее 14 мкмоль/л;
- снижение процента насыщения трансферрина железом менее 20 %;
- повышение общей железосвязывающей способности сыворотки крови более 63 мкмоль/л;
- снижение сывороточного ферритина менее 30 нг/мл.

1.3 Лечение железодефицитной анемии у детей

Цель лечения ЖДА у детей это устранение причины, ее вызывающих, и организации правильного режима питания, нахождения источника потери крови и его ликвидация. Невозможно устранить железодефицитную анемию применяя только препараты железа, важным является правильная организация режима и питания.

Для недостающего количества железа необходимо применить следующие методы:

- применение железосодержащих препаратов путем внутреннего действия, так как восстановить железо иными способами нельзя;

- дозировка лекарственных препаратов, содержащих требуемое лекарственное вещество, выбирается лечащим врачом после изучения лабораторных анализов, веса тела и возраста пациента;

- железосодержащие лекарственные средства принимают под контролем, так как избыток не менее опасен, чем недостаток.

Лечение железодефицитной анемии требует:

- нормализацию режима сна;
- прогулки на свежем воздухе;
- профилактику острых респираторных вирусных инфекций;
- благоприятный психологический климат в семье;
- ограничение физических нагрузок;
- проведение гигиенических процедур.

Если ребенок страдает анемией, ему вводят прикорм на 2-4 недели раньше, чем здоровым деткам. Мясной прикорм вводится в возрасте полугода.

Основой терапии считается прием препаратов железа. Сначала препараты принимают внутрь. Если у ребенка плохая переносимость, возникают симптомы, такие как рвота и тошнота или нарушения стула, то препараты железа вводят парентерально. Для детей грудного возраста применяют препараты в виде сиропов и капель. Так проще всего дозировать препараты, и такой прием не вызывает у ребенка негативных эмоций. Доза препарата должна рассчитываться врачом. Применение пероральных препаратов железа необходимо давать пациенту строго по инструкции, во время лечения не желателен прием цельного молока, так как молоко не способствует полному усвоению железа. Препараты железа рекомендуют запивать или водой или кислым соком.

Детям с железодефицитом, целесообразно назначать витамины внутрь такие как: В6, В12, фолиевую кислоту, витамин Е, препараты магния, цинка и другие витаминно-минеральные комплексы. Если у ребенка ЖДС проявляется в виде ЖДА, нужно помнить, что восполнение дефицита железа при уровне гемоглобина ниже 100 г/л без применения препаратов железа невозможно.

Терапия железом осуществляется до нормализации уровня гемоглобина, не менее 1,5 -2 месяцев с последующим уменьшением дозы на 1/2. Продолжительность лечения — 6 месяцев, а для недоношенных детей — до 2 лет для полного пополнения запасов железа в организм. У детей старшего возраста существует повышенная потребность в железе. Существует ряд физиологических состояний, при которых потребность в железе резко увеличивается. К ним относятся периоды усиленного роста у детей. Баланс железа в этот период находится на грани дефицита, и различные факторы, уменьшающие поступление или увеличивающие расход железа, могут приводить к развитию железодефицитной анемии. Устранить железодефицитную анемию помогут препараты железосодержащие и витаминно – минеральные комплексы.

Эффективными препаратами в лечении ЖДА у детей является использование препаратов трехвалентного железа — Мальтофер, феррум лек, железо-протеиновый комплекс, ферроплекс.

При энтеральном использовании препаратов железа можно назначать также препараты двухвалентного железа - глюконат, фенюльс, аскорбат, глицин-сульфат.

Причины отсутствия реакции на назначенный препарат могут быть:

- неадекватная доза;
- неправильное выполнение назначений врача;
- неэффективный препарат железа;
- ошибочный диагноз ЖДА;
- скрытая или неопределенная кровопотеря;
- наличие сопутствующих заболеваний.

Парентерально препараты железа назначают только по строгим показаниям, таким как: тяжелая анемия, непереносимость препарата при приеме внутрь, язвенная болезнь, нарушение всасывания, отсутствие эффекта от энтерального применения при необходимости достичь более быстрого лечебного эффекта.

Лечение анемии должно проводиться под наблюдением врача. Врач подбирает препарат, его дозировку и контролирует эффективность, наблюдая результаты анализов. Для лучшей переносимости препараты железа необходимо принимать во время еды. Беременным назначают препараты железа в сочетании с аскорбиновой кислотой.

Целью лечения железодефицитных состояний является устранение и восстановление дефицита железа и его запасов в организме.

При лечении пациентов с ЖДА необходимо помнить:

- возместить дефицит железа без лекарственных железосодержащих препаратов невозможно;
- терапия должна проводиться препаратами железа для перорального приема;
- терапию нельзя прекращать после того, как гемоглобин придет в норму;
- гемотрансфузии должны проводиться только по строгим жизненным показаниям, когда имеется одышка, беспокойство, тахикардия (гемическая дыхательная недостаточность при гемоглобине ниже 60 г/л и гематокрите 20 – 15 об.%, особенно в случае острой кровопотери). Рекомендуются пользоваться отмытыми эритроцитами, эритроцитарной массой во избежание изоиммунизации [12, с.19].

Перед началом лечения железосодержащими препаратами следует предупредить и ознакомить родителей о том, что:

- под воздействием железа может изменяться цвет кала;
- таблетки или драже не следует разжевывать, запивать их лучше каким-либо кислым, осветленным соком;
- воздействие препаратов железа наиболее эффективно до еды;
- препараты железа принимаются длительно, для того чтобы устранить плохое всасывание железа и при необходимости устранить анемию, для полного восстановления железа;
- при внутримышечном введении препаратов железа возможно повышение температуры тела ребенка.

Преимущества современных железосодержащих препаратов:

- обладают низкой токсичностью, высокой безопасностью, при передозировке не приводят к отравлению;
- токсичность препаратов для парентерального (внутримышечного, внутривенного) введения также очень низка;
- по своей терапевтической эффективности не уступают другим препаратам железа, но при этом обладает несомненными преимуществами, такими как хорошая переносимость и минимальное количество побочных эффектов;
- переносятся лучше, чем препараты на основе солей железа;
- при приеме внутрь не взаимодействуют с пищей; компоненты пищи не влияют на степень всасывания, поэтому препараты можно добавлять во фруктовые соки, чай, молоко и принимать его в независимости от диетологического режима, в любое удобное время;
- имеют различные формы выпуска: сиропы, капли, жевательные таблетки, растворы
- при приеме внутрь не окрашивают эмаль зубов, что важно при длительном применении
- высокое содержание элементарного железа
- приемлемая стоимость.

Длительность лечения препаратами железа при тяжелой анемии составляет не менее восьми недель. Если спустя восемь недель от начала лечения показатели красной крови не нормализуются, следует продолжить лечение еще четыре недели.

1.4. Профилактические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости детей железодефицитной анемией

Профилактика анемии у детей необходима, чтобы не допустить её серьёзных осложнений, вовремя распознать опасность и предотвратить болезненное состояние. Для этого необходимо:

1. регулярно сдавать анализы, профилактический осмотр ребенка педиатром, лабораторное исследование его крови;
2. придерживаться полноценного и разнообразного питания, диета с высоким содержанием продуктов, богатых железом;
3. регулярные прогулки на свежем воздухе;
4. обеспечивать ребёнку достаточную двигательную активность.
5. не допускать возникновения хронических кровотечений в организме.
6. применение препаратов железа на этапе, когда отсутствует анемия, но имеется железодефицит.

Профилактические мероприятия железодефицитной анемии должна проводиться при наличии скрытых признаков дефицита железа, либо факторов риска для ее развития. Исследование гемоглобина, сывороточного железа, должны выполняться не реже 1 раза в год, а при наличии клинических проявлений по мере необходимости у следующих категорий пациентов:

- беременные женщины, особенно с частыми повторными беременностями на фоне ЖДА;
- подростки с длительными (более 5 дней) и обильными кровотечениями; недоношенные дети и дети, рожденные от многоплодной беременности;
- девушки в период полового созревания, при быстром росте, усиленных занятиях спортом (нарастающая мышечная масса поглощает много железа), при ограничении мясных продуктов в питании;
- дети с постоянной и трудно устранимой кровопотерей (желудочные, кишечные, носовые геморроидальные кровотечения);
- пациенты, длительно принимающие НПВП;
- семьи с низким материальным достатком.

Употребление продуктов питания, которые помогают бороться с анемией, к ним относятся: мясо – красное мясо и мясо птицы богаты гемовым железом, которое легче усваивается организмом. Кроме того, мясо содержит витамин В12, который встречается только в животных источниках и играет решающую роль в сохранении здоровья красных кровяных клеток. Печень и другие субпродукты так же хороши для лечения анемии, так как они богаты железом, фолиевой кислотой и витамином А, которые участвуют в образовании красных кровяных телец. Сардины – рыба является источником легко усвояемого железа, этот минерал содержится здесь в больших количествах.

Продукты, которые богаты железом, довольно много, главное включать их в рацион ребенка каждый день.

Существуют продукты, которые следует избегать при лечении железодефицитной анемии:

- чай (черный, зеленый, красный) – содержат дубильные вещества, которые препятствуют усвоению железа, полученных из растений;
- цельные крупы – содержат фитаты, которые блокируют всасывание железа;
- молочные продукты – кальций препятствует усвоению железа;
- шоколад – содержит щавелевую кислоту и может уменьшить всасываемость железа из пищи;
- виноград – содержит дубильные вещества, которые связываются с железом и делают его нерастворимым и недоступным для организма;
- орехи – употреблять умеренно, они содержат большое количество щавелевой кислоты.

Аntenатальная профилактика женщинам необходима, поэтому со 2-й половины беременности назначают препараты железа или поливитамины, обогащенные железом.

В дальнейшем, при грудном вскармливании ребенка, матери, необходимо придерживаться рекомендаций в питании, использовать продукты питания и

витамино-минеральные комплексы. Профилактика ЖДА у детей грудного возраста базируется на таких мерах:

- своевременное выявление и лечение анемии беременной матери;
- профилактика развития рахита, ОРВИ, гипотрофии;
- правильный режим и питание беременной;
- превентивное назначение препаратов железа женщинам из групп риска по развитию рассматриваемого заболевания;
- длительное грудное вскармливание;
- соблюдение гигиенических условий ухода за ребенком;
- выбор смеси для детей при искусственном вскармливании.

Препараты железа с целью профилактики назначают детям таких групп:

- при дерматите у новорожденного или пищевой аллергией;
- дети, при родах которых были осложнения;
- недоношенные дети;
- с хроническими болезнями;
- кровопотеря или хирургическое вмешательство;
- дети с врожденными пороками сердца;
- с избыточной массой тела.

Постнатальная профилактика для детей из группы высокого риска развития ЖДА. В эту группу входят:

- недоношенные детки;
- дети, рожденные от многоплодной беременности;
- при осложненном течении второй половины беременности;
- дети, которые находятся на раннем искусственном вскармливании;

Предполагается регулярное проведение диагностики возможного развития ЖДА у детей из группы высокого риска развития этого состояния. При возникновении условий для реализации этого состояния назначаются профилактические дозы препаратов железа (0,5-1 мг/кг/сутки) в течение 3-6 месяцев. Профилактику ЖДС возможно осуществлять также путем нормализации состава микрофлоры кишечника (назначаются курсы

пробиотиков, по назначению врача), рекомендовать комплексы витаминных препаратов, предупреждение ОРВИ (Анаферон детский, Деринат). Кроме того, в профилактике анемии должна быть и государственно-социальная направленность. Исходя из опыта высокоразвитых стран (например, США) перспективны методики профилактики ЖДС и ЖДА населения в виде фортификации и саплиментации.

Фортификация — предусматривает обогащение железом наиболее распространенных в стране продуктов питания. Это в основном хлеб и изделия из муки. Но надо учитывать, что возможные проблемы с всасыванием железа в организме человека, дает эффект этого метода только примерно у 50% населения региона.

Саплиментация — предполагает прием препаратов железа теми слоями населения, которые относятся к группе риска по возникновению анемии (например, беременные) [12, с.19].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ УХОДЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИЕЙ

2.1. Организационная характеристика онкогематологического отделения ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»

Детская областная клиническая больница – крупный медицинский центр, который оказывает специализированную и высокотехнологичную помощь детям Белгородской области. В отделениях больницы работают высококвалифицированные специалисты во всех сферах медицинской деятельности. Больница является базой трех кафедр медицинского факультета Белгородского государственного университета и медицинского колледжа. Ежегодно на ее базе проводятся выездные сертификационные циклы научных центров городов России и конференции по различным проблемам педиатрии.

В данном лечебном учреждении, функционирует онкогематологическое отделение на 30 коек, которое было открыто в 1990 году. После капитального ремонта железнодорожной больницы, отделение находится в корпусе №2 ,по адресу: ул. Губкина 50. В отделении проходят лечение дети с различными формами депрессий органов кроветворения и онкопатологией. В отделении работают сотрудники, которые имеют, в большинстве своем, высшую и первую квалификационную категорию. Штаты отделения:

- 1.Врачи- 9,5 ставки
- 2.Средний медперсонал- 15,5ставки
- 3.Младший медперсонал- 11,5ставки

Укомплектованность врачами и средним медперсоналом – 89%.

Работа в отделении производится согласно плану, утверждённому главным врачом больницы по следующим разделам:

- организационно-методическая работа;

- лечебно-профилактическая работа;
- мероприятия по охране труда;
- хозяйственные мероприятия.

Объемы работ среднего медицинского персонала многообразны и имеют специфическую направленность, без владения навыков, которых, работа будет не эффективной. К таким манипуляциям относятся:

- подготовка пациента и оснащения к стерильной пункции;
- подготовка пациента и оснащения к люмбальной пункции;
- подготовка пациента и оснащения к переливанию кровезаменителей;
- подготовка пациента и аппаратуры к переливанию цитостатических препаратов и гиперинфузионной терапии.

В отделении имеются восемь палат, которые рассчитаны на пребывание четверых пациентов. В палате расположен санитарный узел, тумбочки, шкафы, стол и стулья, для комфортного пребывания пациентов и их родителей. На стене в палате имеется панель, на которой находится кнопка вызова медицинского персонала, штуцер для подключения и подачи кислорода, а также подачи закиси азота, электроотсос. Отделение оснащено палатой интенсивной терапии, где лежат дети в наиболее критическом состоянии, которые требуют индивидуального ухода.

Отделение имеет два сестринских поста, манипуляционный кабинет, процедурный кабинет, кабинет заведующей отделением, ординаторскую, столовую, буфетную, игровую комнату, комнату сестры хозяйки, санитарную комнату, комнату для хранения инвентаря, кабинет старшей медицинской сестры и комнату отдыха медицинского персонала.

В данном отделении существует комната психологической разгрузки и работает психолог, который оказывает специализированную помощь не только пациентам и их родителям, но и медицинскому персоналу, что очень важно в связи с интенсивной физической, умственной и психологической нагрузкой персонала в данном отделении.

2.2. Анализ работы медицинской сестры при уходе за детьми с железодефицитной анемией в онкогематологическом отделении ОГБУЗ «ДОКБ»

Для проведения анализа сестринского ухода за детьми с железодефицитной анемией, нами были проанализированы истории болезни пациентов с заболеванием ЖДА в онкогематологическом отделении ОГБУЗ «ОДКБ».

Нами было определено, что для более точной постановки диагноза необходимо провести процедуры, обязательные из которых: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на яйца гельминтов и цисты лямблий, кишечную группу. Все вышеперечисленные диагностические процедуры показаны всем пациентам поступающих в отделение, для получения данных общего функционального состояния организма. Профессиональной обязанностью, медицинской сестры, является подготовка пациента к исследованию (проведение инструктажа, контроль личной гигиены перед процедурами), контроль за: сбором, хранением и транспортировкой биоматериала. Правильный сбор и доставка биологического материала в лабораторию, имеют большое значение для постановки диагноза на преаналитическом этапе.

В таблице 1, переведены данные объема лабораторных методов исследования, собранные в онкогематологическом отделении в период с 2016 по 2018 год, которые характеризуют объем работы медицинских сестер и всего коллектива клинико – диагностической лаборатории детской областной клинической больницы на этапе обследования пациентов.

Объемы лабораторных методов исследования исследований

Лабораторные исследования	2016г.	2017г.	2018г.
Гематологические	543	467	541
Общие клинические	453	380	421
Биохимические	325	234	231
Иммунологические	23	35	64
Цитологические	213	167	167
Бак.анализы, серологические исследования	876	987	10054
Итого:	2433	2270	11478

Данные исследования проводились с целью выявления проблем пациента в первые сутки при поступлении в отделение стационара. Если данных исследований для постановки диагноза недостаточно, лечащим доктором назначаются дополнительные методы исследования, как лабораторные, так и инструментальные. К ним относятся: рентгенография органов грудной и брюшной полости, фиброгастроскопии, ректороманоскопии, колоноскопии, УЗИ брюшной полости, сердца, почек, органов малого таза.

В последние годы сохраняется тенденция увеличения пациентов с данной патологией, особенно тяжелой формы железодефицита. Значительную роль в уходе за детьми с ЖДА, занимает медикаментозное лечение. В качестве базисной терапии назначают препараты железа, во избежание развития грозного осложнения – гемосидероза, назначают пероральные формы железа. При особых показаниях, внутримышечно феррум-лек (коротким курсом). Для улучшения обменных процессов в эритроцитах в качестве антиоксидантов

назначаю липамид, пантотенат кальция, витамин Е, фолиевую кислоту. По жизненным показаниям с заместительной целью проводят гемотрансфузии отмытых эритроцитов или эритроцитарной массы из расчета 5-10 мг/кг., по индивидуальному подбору.

Медицинская сестра должна знать, какие осложнения могут возникнуть при внутривенных вливаниях кровезаменителей и компонентов крови (повышение температуры, озноб, одышка, анафилаксия, и т.д.), и принять адекватные меры. Необходимость немедленного вызова врача, уметь оказать неотложную помощь, иметь наготове соответствующие препараты для оказания неотложной помощи.

На основании проведенного анализа историй болезни по медикаментозной терапии у пациентов онкогематологического отделения с заболеванием ЖДА, мы установили, что первостепенным является назначение и введение препаратов железа. Требования к препаратам железа для приема внутрь, применяемым в детской практике таковы:

- хорошая биодоступность;
- высокая безопасность;
- приятные органолептические свойства;
- различные лекарственные формы, удобные для пациентов всех возрастов;

Детям раннего возраста назначают железосодержащие препараты, выпускаемые в форме капель, сиропа. Хороши для детей этой возрастной группы Актиферрин (капли), Мальтофер (капли), их принимали на момент исследования 10% пациентов, возраст которых составлял до трех лет, Мальтофер (сироп) -20%, Феррум Лек (сироп) – 50% пациентов, возраст которых составлял – до шести лет. Дети, пубертатного периода (от 7 до 12 лет) и подростки принимали препараты в виде жевательных таблеток (Феррум Лек, Мальтофер), Актиферрин – в капсулах, Тардиферон – в таблетках.

Для детей подросткового возраста чаще всего назначали препараты железа, которые медленно всасываются, обеспечивая пролонгированную и

равномерную абсорбцию медикаментозного железа в кишечнике. Как правило, эти препараты хорошо переносятся пациентами.

После выбора железосодержащего препарата и способа его применения доктор определяет ежедневную суточную дозу лекарственного средства и кратность приема

Рекомендуемые дозы двухвалентного железа рассчитаны на основе данных, свидетельствующих, что лишь 10–15% поступающего в организм железа всасывается.

Препараты железа (II) – ГПК используются у детей с ЖДА разного возраста в терапевтической дозе 5 мг/кг/сут.

При латентном дефиците железа все препараты железа используются в половинной терапевтической дозе.

Профилактические дозы препаратов железа:

- для детей до 3 лет – 1–1,5 мг/кг/сут;
- для детей старше 3 лет – 1/2 суточной терапевтической дозы.

Известно, что лечение солевыми препаратами может сопровождаться расстройствами стула, в связи с чем терапию препаратами двухвалентного железа необходимо начинать с дозы, равной 1/4–1/2 от расчетной терапевтической, с последующим постепенным достижением полной дозы в течение 7–14 дней. Темп «постепенного наращивания» дозы до терапевтической зависит как от выраженности дефицита железа, так и от состояния желудочно-кишечного тракта и индивидуальной переносимости препарата. Данная методика позволяет подобрать индивидуальную дозу в зависимости от переносимости и снизить риск побочных эффектов терапии солевыми препаратами железа.

Введение пациентам выше перечисленных препаратов обусловлено воздействием на повышение в организме ребенка гемоглобина и сывороточного железа.

У 50% детей применяется препарат аскорбиновая кислота, оказывает метаболическое действие и укрепляет сосудистую стенку.

У 40% детей применяется препарат хилак-форте, который относится к пробиотикам. Дополнительные методы в лечении заболеваний является консультация специалистов, соблюдение диеты.

Отделение, онкогематология, организовано с учётом требований, санитарных правил и режима работы с раздражающими и сильнодействующими веществами (цитостатиками, антибиотиками и т.д.), тяжести контингента пациентов и иметь в составе:

- стационар(30 коек в отделении, по 2-3 пациента в палате);
- процедурный кабинет;
- кабинет для переливания крови и проведения плазмафереза;
- изоляторы для тяжелобольных и больных с миело- и иммунодепрессиями;
- асептическую палату (бокс) интенсивной терапии;
- ординаторскую;
- кабинет старшей медсестры;
- кабинет сестры-хозяйки;
- игровую комнату;
- столовую;
- раздаточную;
- комнату медперсонала;
- санитарную комнату;
- кабинет психолога;
- комнату психологической разгрузки для пациентов и их родителей.

В манипуляционном кабинете проводятся такие процедуры, как: стерильные, люмбальные пункции и пункции лимфатических узлов, кроме этого здесь происходит дача наркоза пациентам при необходимости.

Постановка капельниц, взятие крови на вирусологическое исследование, биохимический анализ, фенотипирование, и другие виды исследования проводятся в процедурном кабинете.

В асептической палате тяжелобольным детям, проводится специфическое лечение цитостатиками и ведётся гиперинфузионная терапия. Палата оснащена индивидуальным постом, осуществляется прямая подача кислорода, имеются приспособления для установки лениоматов, дозаторов, инфузоров, перфузоров.

Отделение профилируется на лечении детей с заболеванием крови и лимфатической системы. Это такие заболевания как: лимфобластные и миелобластные лейкозы, гистиоцитозы, гемофилии различной формы, железодефицитные, гемолитические и апластические анемии, тромбоцитопении, гемаррогические васкулиты, лимфосаркомы, лимфогрануломатозы, лимфадениты.

Специфика работы данного отделения требует огромного внимания и самоотдачи. Основная масса обязанностей по уходу и различным манипуляциям детям, получающим такое лечение, лежит на медицинских сестрах.

Для повышения сопротивляемости организма медицинские сестры, по назначению врача через лениомат, в течение 3-6 часов вводят такие препараты как: октагам, хумоглобин, иммуноглобулин, которые также относятся к разряду высокотехнологичным, действия медицинской сестры заключаются в следующем: следить за артериальным давлением, пульсом, ЧДД, температурой тела.

Медицинские сестры проводят беседы с пациентами и их родственниками о факторах риска развития осложнений и их профилактики при гематологических заболеваниях, о полноценном и рациональном питании детей при данной патологии.

Соблюдают стерильные условия при содержании пациента и при проведении любого инвазивного вмешательства, контролируют соблюдение предназначенного режима для пациента, измеряет диурез, водный баланс, количество и качества приема пищи.

Производят сбор мочи для лабораторных исследований(общий анализ, по Нечипоренко, по Зимницкому, на диастазу, на стерильность, клиренс

эндогенного креатенина, проба Реберга). А также осуществляют сбор кала на яйца глистов, ц/лямблей и для различных бактериологических исследований (на кишечную группу, УПФ, дисбактериоз, скрытую кровь, ротовирусную инфекцию). Производят взятие мазков на флору и чувствительность к антибиотикам из зева и носа, доставляют в бактериологическую лабораторию.

Подготавливают детей к R-графическим исследованиям, фиброгастроскопии, ректороманоскопии, колоноскопии, УЗИ брюшной полости, сердца, почек, органов малого таза. При поступлении детей в отделение проверяют на педикулёз. Результаты проверки фиксируют в специальном журнале. Регулярность проверок в отделении 1 раз в 10 дней. Если ребенок госпитализируется с мамой, то проверяют также наличие флюорографии, крови на RW и анализа кала на кишечную группу у родителей.

Останавливают кровотечение из поверхностно расположенных сосудов, умеют осуществить проходимость дыхательных путей в случае необходимости, определяют группу крови, делают очистительную и лечебную клизму, производят осмотр кожи и слизистых оболочек у ребёнка, определяют жизненно важные показатели (температура, АД, ЧДД, ЧСС). Оказывают детям доврачебную помощь при неотложных состояниях, при гипертермии, при реакциях, при судорогах.

В обязанности медицинской сестры входит введение лекарственных препаратов в/м, п/к, в/в струйно, в/в капельно.

При этом соблюдают технику безопасности. Все изделия медицинского назначения дезинфицируют. Все виды парентеральных вмешательств и сам процесс обработки инструментария и шприцов производят в перчатках. Загрязнённый кровью инструментарий обрабатывают методом двух емкостей (приказ № 408 от 1989 г.)

По назначению врача делают заказ на станцию переливания крови тромбоконцентрата соответствующей группы крови и Rh- фактору пациента, заполняют требование на препарат. При получении тромбоконцентрата в отделение, вместе с дежурным или лечащим врачом, перед переливанием

проверяют группу крови донора и Rh- фактор, проверяют группу крови и Rh – фактор больного, целостность пакета и этикетки.

По жизненным показаниям, по назначению врача, медицинские сестры делают заказ на станцию переливания крови карантинизированных трижды отмытых эритроцитов.

Для предотвращения осложнений перед их переливанием определяют:

- группу крови реципиента.
- группу крови донора.
- резус принадлежность реципиента.
- пробу на индивидуальную совместимость.
- совместимость по резус – фактору.
- биологическую пробу.

Переливание крови производит врач. Определение групп крови производится при комнатной температуре, при хорошем освещении в присутствии врача. Проверяют сохранность этикетки, флакона или гемакона, чтобы эритроцитосодержащие препараты не имели сгустков.

В обязанность медицинской сестры также входит наблюдение за пациентом во время переливания и после переливания эритроцитосодержащих сред. Заполняют протокол переливания, где указывают пульс, ЧСС, АД, скорость трансфузий, температуру тела, до переливания, во время переливания и после переливания в течение 3 часов.

У пациентов, может развиваться осложнение такое как, анафилактический шок. Первая помощь, которую необходимо оказать, приготовить и ввести по назначению врача:

- кортикостероидные препараты (дексаметазон, преднизалон);
- антигистаминные препараты (тавегил, димедрол);
- 0,1% р-р адреналина (храниться в холодильнике) на год жизни.

Все манипуляции строго выполняют в маске и перчатках. При подготовке к проведению манипуляций необходимо убедиться в целостности и наличии

аптечки «Анти ВИЧ», что бы при необходимости сразу же ею воспользоваться. 23 марта, 2018 года вступил в силу приказ Минздрава от 9 января 2018 года N 1н, зарегистрированный в Минюсте 12 марта 2018 года, который утвердил требования к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания ПМСП, СМП, специализированной и паллиативной медицинской помощи. Согласно документа, в состав аптечки «Анти СПИД (ВИЧ)» включены:

- этанол - раствор для наружного применения 70% - 100мл;
- йод - раствор для наружного применения 5% - 1 фл;
- инт марлевый медицинский стерильный (5 м x 10 см) - 2 шт;
- лейкопластырь бактерицидный (не менее 1,9 см x 7,2 см) - 3 шт;
- салфетка марлевая медицинская стерильная (не менее 16 см x 14 см,

N10)

В случае порезов и уколов медицинский персонал, немедленно снимает перчатки, моет руки с мылом под проточной водой, обрабатывает руки 70% раствором этилового спирта, смазывает ранку 5% спиртовым раствором йода. При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта, ротовую полость промывают большим количеством воды и прополаскивают 70% раствором этилового спирта. Слизистую оболочку носа и глаза обильно промывают водой (не тереть). При попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду, обувь, снимают рабочую одежду и погружают в дезинфицирующий раствор. Кожу рук и другие участки тела под загрязненной одеждой протирают 70% раствором этилового спирта. Обувь обрабатывают двукратным протираем ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств.

Медицинские сестры онкогематологического отделения владеют техникой постановкой катетеров: микрокатетер, венфлон, аббократ и широко используют их в практике. Также разрабатывают для пациентов и их родителей отделения памятки, программу обучения пациентов и их родственников уходу

за пациентами с железодефицитной анемией. Изучают основы управления сестринской деятельностью в педиатрии, технологии и стандарты сестринской деятельности в педиатрии, этические и деонтологические проблемы госпитализации ребёнка. Соблюдают технику безопасности и охраны труда, ведут медицинскую документацию, повышают профессиональный уровень знаний, умений и навыков.

В работе медицинские сестры руководствуются приказами:

- № 408 от 12.07.1989 г. « О мере по снижению заболеваемости вирусными гепатитами и ВИЧ-инфекцией»;

- ОСТ 42-21-2-85. Предусматривает методы и режимы дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения;

- № 720 от 31.07.1978 г. (№215 по РФ) «Об улучшении медицинской помощи больным с хирургическими гнойными заболеваниями и усиление мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией»;

- МЗ РФ № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечению ВИЧ-инфицированных больных»;

- № 1204 «Лечебно-охранительный режим в лечебно-профилактических учреждениях»;

- МЗ РФ № 342 «Об усилении мероприятий по профилактике эпидемического сыпного тифа и борьбе с педикулезом»

- № 288 « О санитарно-противоэпидемиологическом режиме больниц и о порядке осуществления органами и учреждениями санитарно-эпидемиологической службы надзора за санитарным состоянием лечебно-профилактических учреждений»

Нормативно-инструктивные документы:

1. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».

2. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».

3. СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции».

4. СП 3.1.1.2341-08 «Профилактика вирусного гепатита В».

Ведут санитарно-просветительную работу среди детей и родителей. Стараются, чтобы дети как можно быстрее адаптировались к жизни в отделении и чтобы они как можно меньше испытывали психологические проблемы и дискомфорт, делают всё необходимое для их быстрого выздоровления.

Неотъемлемым в профессиональной деятельности является выполнение медицинской сестры назначений врача, а так же ухода за пациентом.

На основании проведенного анализа профессиональной деятельности медицинской сестры в уходе за пациентом с ЖДА можем сделать следующие выводы:

1. Для правильной постановки диагноза необходимы процедуры, такие, как: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на яйца гельминтов и цисты лямблий.

2. Значительную роль в лечении заболевания ЖДА у детей занимает медикаментозное лечение.

3. Дополнительные методы в лечении заболеваний является консультация специалистов, соблюдение диеты, подготовка к УЗИ органов брюшной полости, колоноскопии, гастроскопии и других процедур.

4. Неотъемлемым является выполнение медицинской сестры назначений врача, а так же ухода за пациентом.

2.3. Анализ статистических и анкетных данных, собранных на базе онкогематологического отделения ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»

Для проведения исследования по теме дипломной работы нами было проведено анкетирование родителей, дети которых находились на лечении в стационаре.

Цель данного исследования - выявить роль медицинской сестры и особенности ухода за детьми при ЖДА. В данном анкетировании участвовали 17 родителей, у детей которых был поставлен диагноз ЖДА. После того как все респонденты заполнили анкеты, мы обработали полученные результаты. На основании анкетных данных удалось выявить:

Возраст респондентов: от 20 до 30 лет - 6 респондентов, что составляет 35%, от 30 до 40 лет – 7 респондентов, что составляет 41% опрошенных, от 40 лет и старше – 4 респондента, что составляет -24% опрошенных (Рис. 1).

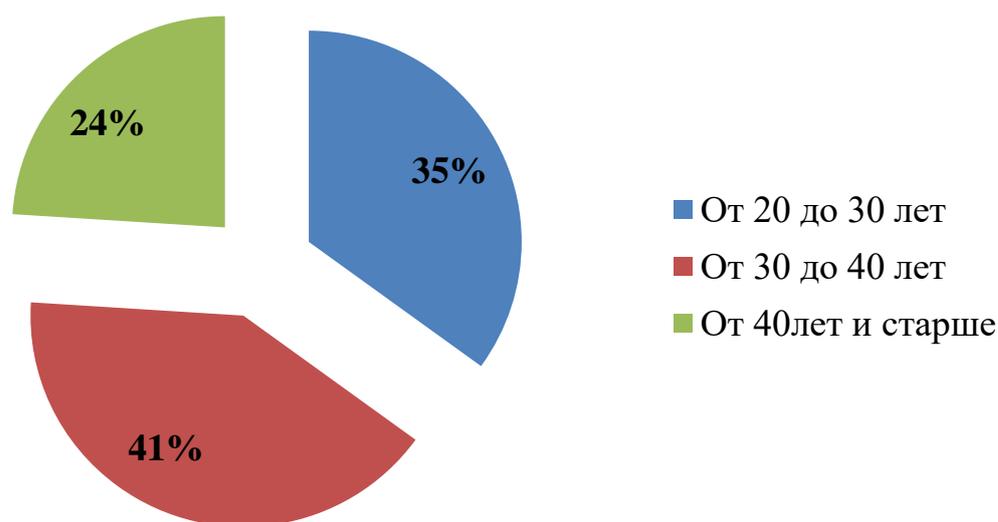


Рис. 1. Возраст респондентов

Образование родителей: среднее у двух респондентов, что составляет 12% опрошенных, средне – специальное у восьми респондентов, что составляет- 47%, 7 респондентов имеют высшее образование, что составляет – 41% (Рис. 2).

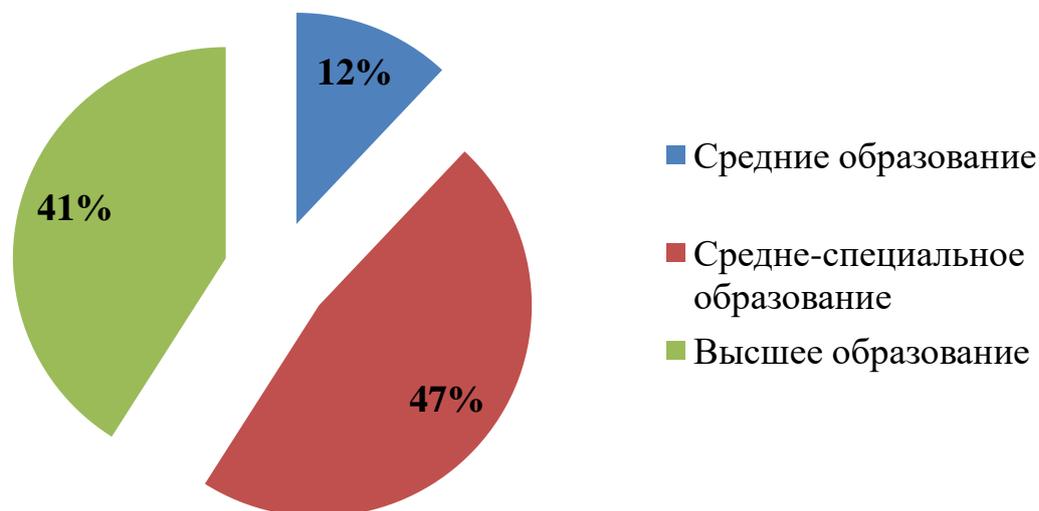


Рис. 2. Образование родителей

Какой по счету ребенок в семье: у троих родителей - третий, это составляет 18%, у пятерых родителей первый, что составляет 29%, и у девяти родителей второй, что составляет 53%. (Рис. 3).

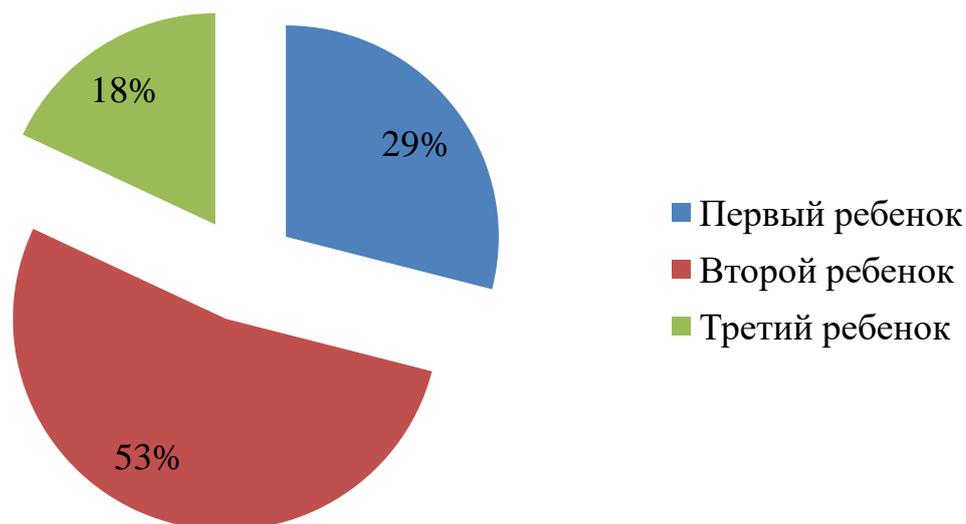


Рис. 3. Какой ребенок по счёту

Возраст детей, находящихся на лечении в стационаре: от года до трех лет на лечении в отделении находилось четыре ребенка, что составило 23%, от трех до 7 лет – семь детей, что составило 41%, возраст от 7 до 12 лет и от 12 до 16 лет составили по 3 ребенка, то есть по 18%. (Рис. 4).

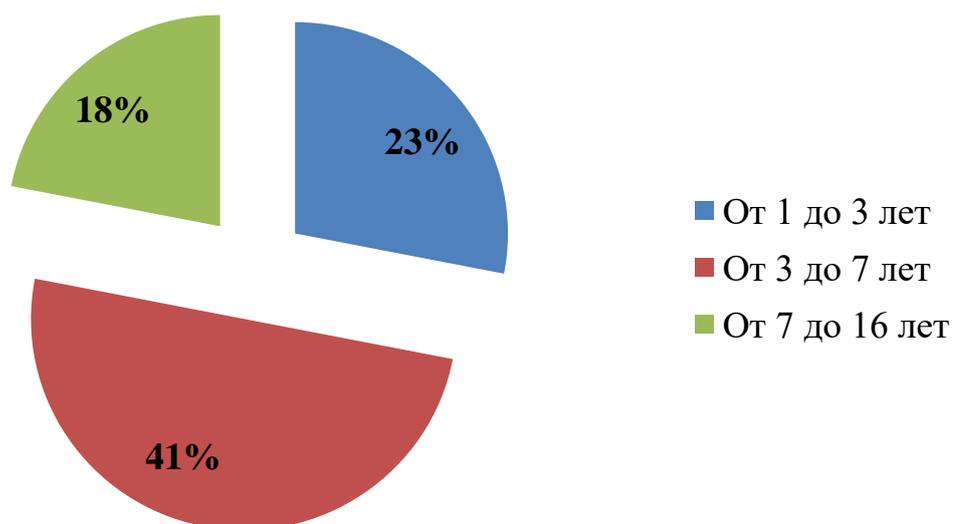


Рис. 4. Возраст детей, находящихся на лечении в стационаре

По полу дети распределились следующим образом: женский пол составил 14 пациентов, что составляет 83%, мужской пол составил 3 пациента, что составляет 17% (Рис. 5).

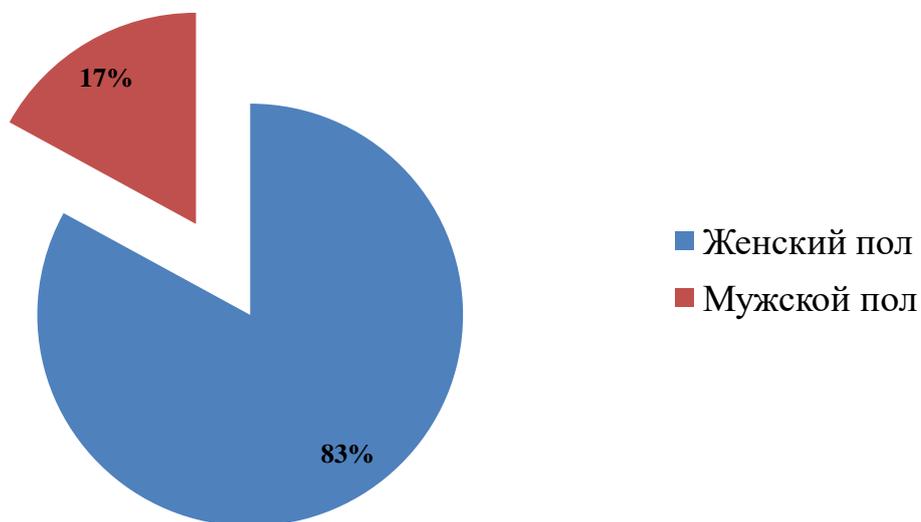


Рис. 5. Распределение детей по полу

По месту проживания респонденты распределились следующим образом: 5 семей проживают в городе, это составило 29,5%, в сельской местности- 8 семей, что составляет 47%, в поселке городского типа проживают 4 пациента, что составляет 23,5% (Рис. 6).

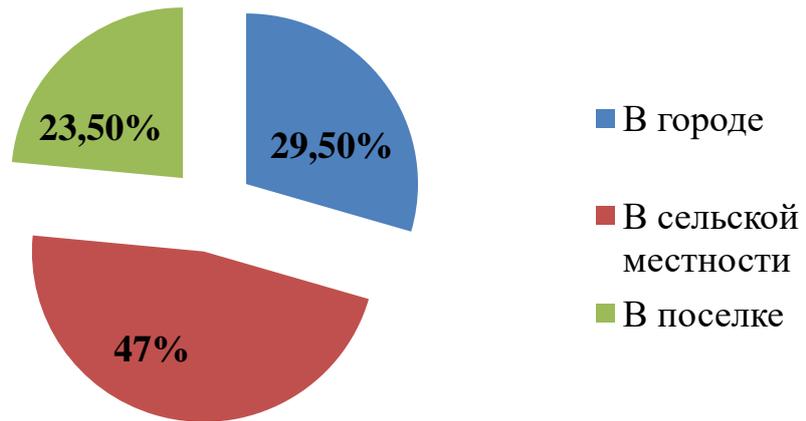


Рис. 6. По месту проживания

О частоте посещения врача-педиатра, респонденты ответили: регулярно, по графику – 12 респондентов, что составляет 76% , очень редко – 1 человек, это составляет 6%, и 4 респондента ответили, что посещают педиатра, только когда заболеют, это 18% (Рис. 7).

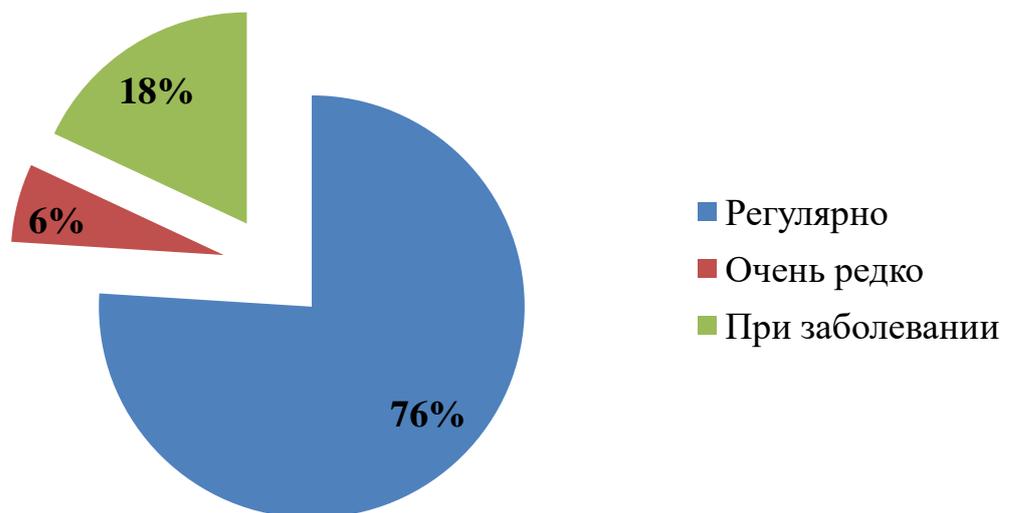


Рис.7. Частота посещения врача-педиатра

Соблюдали родители рекомендации медицинских работников по питанию во время беременности, мы узнали, что 15 респондентов соблюдали рекомендации - это составило 88%, один не соблюдал – это 6%, и один – соблюдал с небольшими отклонениями, что составило так же 6% (Рис.8).

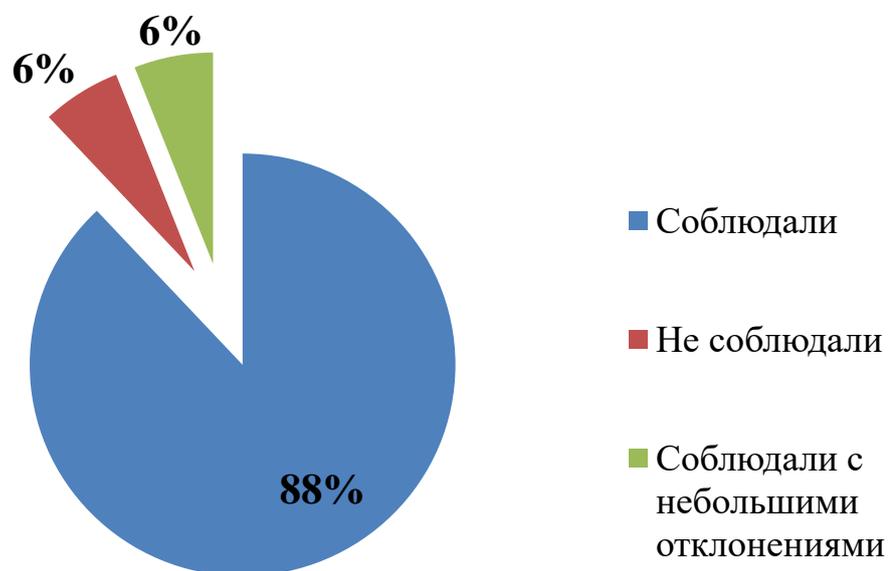


Рис.8. Соблюдение родителями рекомендации медицинских работников по питанию во время беременности

Мы так же выяснили об осведомленности родителей о том, влияет ли железодефицит на качество жизни их ребенка (здоровье, развитие). О том, что заболевание влияет на развитие ребенка, ответили 14 респондентов – 82%, три респондента ответили, что не видят взаимосвязи (Рис.9).

Из данного опроса мы можем сделать вывод: в большинстве своём родители отмечают, что дефицит железа и снижение гемоглобина отрицательно влияют на физическое и психическое развитие их ребёнка.

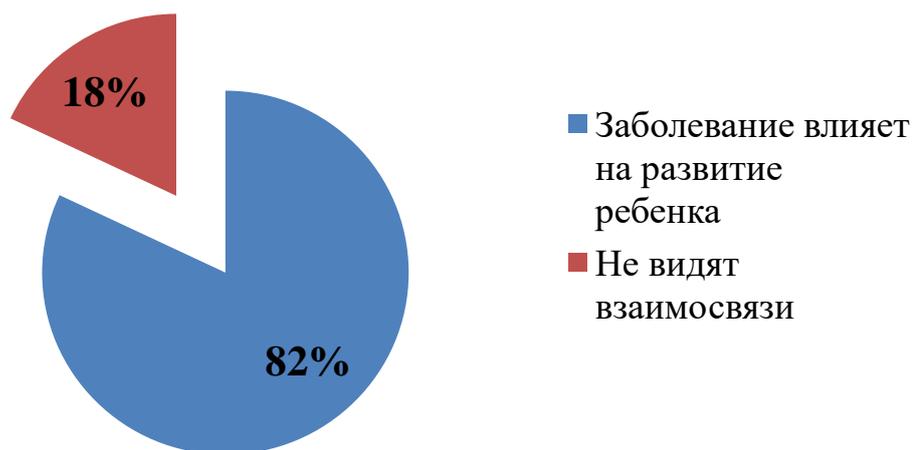


Рис.9. Осведомленность родителей о влиянии железодефицита на качество жизни их ребенка

На вопрос: «Проводились ли беседы по способам профилактики анемии во время патронажа медицинскими работниками», все респонденты ответили, что проводились, о достаточности информации, которую предоставляют медицинские сестры, при уходе за ребенком при ЖДА, респонденты ответили, что все средние медицинские работники данного отделения подробно информируют и обучают родителей правилам ухода, это 100%.

Объясняли медицинские сестры правила приема препаратов, содержащих железо: 15 респондентов ответили - да, что составило 88%, 2 респондента не могут точно ответить, кем была предоставлена информация, врачом или медицинской сестрой, что составило 12% (Рис.10).

Из данного опроса нам стало понятно, что медицинские сестры выполняют свои обязанности в полной мере и являются компетентными в правилах приёма препаратов, содержащих железо.



Рис.10. Объясняли ли медицинские сестры правила приема препаратов, содержащих железо

Проводили медицинские сестры беседы о том, какие продукты необходимо употреблять для профилактики ЖДА: 16 родителей ответили - да, что составило 94%, и один, что составляет 6%, ответил – нет (Рис.11).

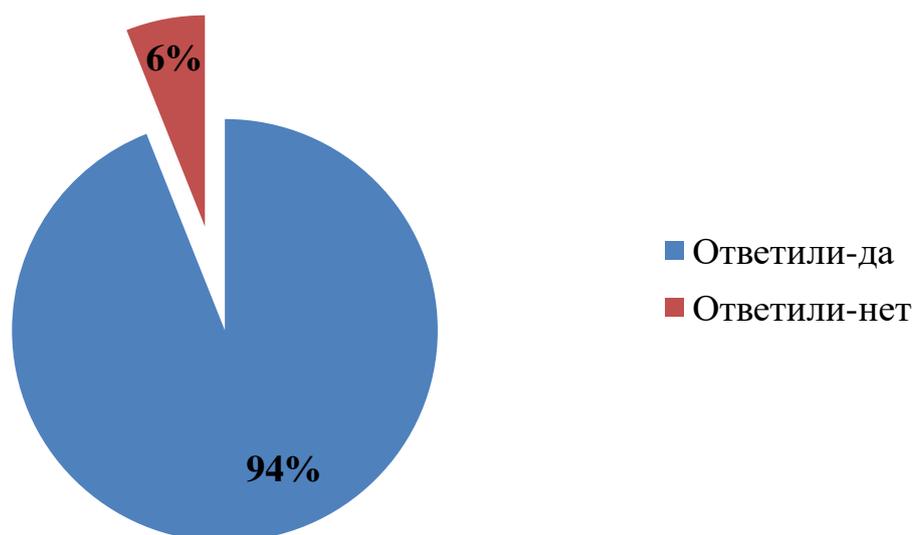


Рис.11. Проведение бесед медицинскими сестрами о том,какие продукты необходимо употреблять для профилактики ЖДА

Объясняли медицинские сестры о необходимости проведения гигиенических процедур ребенку, при данном заболевании: все респонденты ответили, что весь персонал отделения регулярно обучает и напоминает детям и их родителям правила гигиены.

Медицинские сестры осуществляют предварительную подготовку ребенка, к лечебным и диагностическим процедурам. Респонденты ответили следующим образом: 15 человек – ведут, что составило 88%, 2 – нет, что составило 12% (Рис.12).

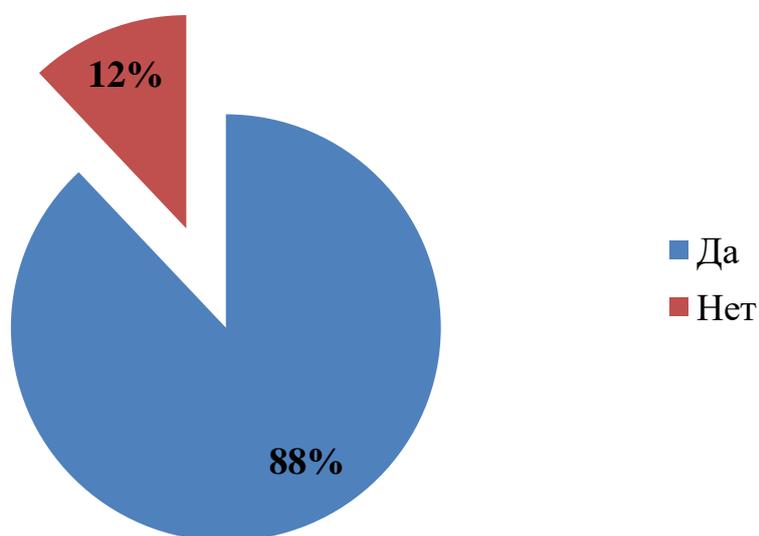


Рис.12. Осуществление медсестрами предварительной подготовки ребенка к лечебным и диагностическим процедурам

Осуществляют медицинские сестры контроль пульса, артериального давления, температуры тела, диуреза, ребенку при ЖДА: ответили положительно все респонденты – 100%.

Проводит медицинская сестра профилактические беседы о продуктах питания при приеме железосодержащих препаратов, респонденты ответили, что данную информацию они получили: 12 респондентов- 70,5% от лечащего врача и 5 респондентов – 29,5% от медицинских сестер (Рис.13).

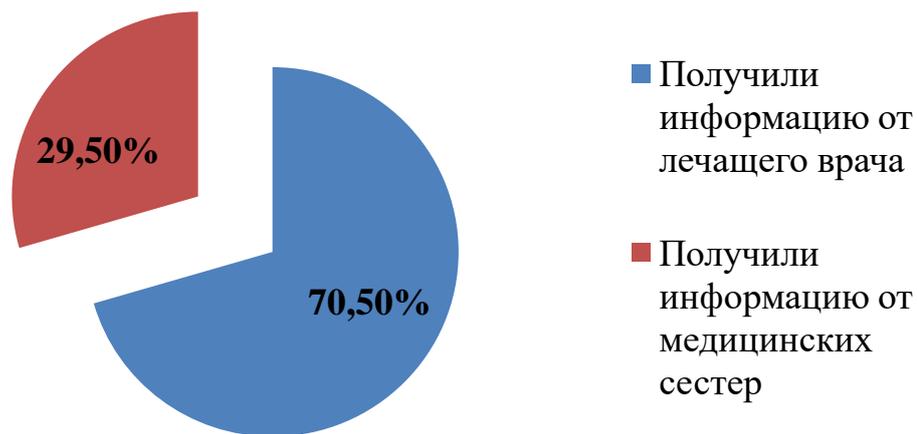


Рис.13. Проведение медицинской сестрой профилактических бесед о продуктах питания при приеме железосодержащих препаратов

Удовлетворенностью работы медицинских сестер онкогематологического отделения, родители ответили следующим образом: 14 респондентов удовлетворены полностью работой медицинских сестер – 82%, 2 респондента удовлетворены частично – 12%, 1 респондент не удовлетворён – 6%. (Рис.14)

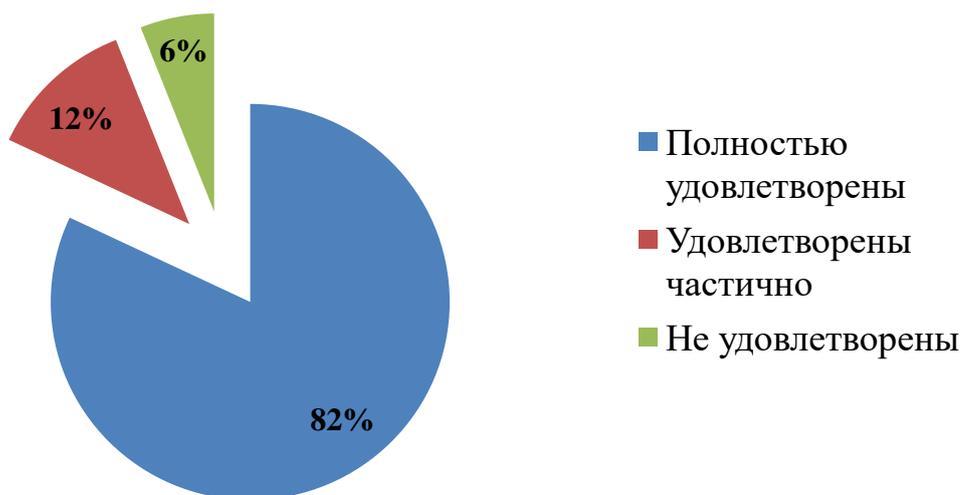


Рис.14. Удовлетворенность работой медицинских сестер онкогематологического отделения

Что является важным в работе медицинского персонала в уходе за детьми на современном этапе: коммуникативные навыки общения, ответили 7 респондентов- 41%, знания и опыт при оказании ухода – 8 респондентов, что составило 47%, сострадание и милосердие – 2 респондента, что составило 12% (Рис.15).

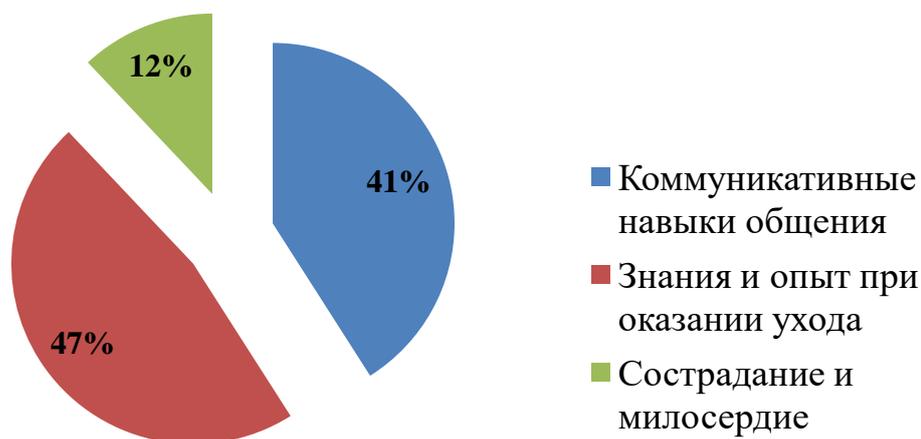


Рис.15. Что является важным в работе медицинского персонала в уходе за детьми на современном этапе

Так же мы собрали статистические данные за 2016 - 2018 годы, о количестве пролеченных пациентов с диагнозом железодефицитная анемия в онкогематологическом отделении. За 2016 год 33 пациента, за 2017 год было пролечено 23 пациента, а в 2018 году – 45 детей и подростков. Как мы видим, из статистик, число пациентов с данной патологией увеличилось почти в два раза. Железодефицит у детей возникал, как постинфекционные осложнения, так и постгеморрагические, а также причиной возникновения был алиментарный фактор.

Проанализировав анкетные и статистические данные, собранные в онкогематологическом отделении «Детской областной клинической больницы», мы можем сделать вывод:

Заболевание железодефицитной анемией детей Белгородской области остается на высоком уровне, что требует от медицинского персонала постоянного повышения знаний по вопросам профилактики, диагностики, лечения и ухода за данной категорией пациентов. Медицинский персонал онкогематологического отделения владеет всеми необходимыми навыками при уходе за детьми при ЖДА.

2.4. Рекомендации для медицинских сестер, работающих в онкогематологическом отделении ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»

Для того чтобы работа медицинских сестер стала более эффективной мы предлагаем следующие рекомендации:

1. Контроль персонала за соблюдением пациентами и их родственниками режима, предписанным врачом.
2. Контролировать характер питания пациентов.
3. Осуществлять уход за кожей пациента.
4. Регулярно измерять пульс, частоту дыхательных движений, артериальное давление.
5. Четко и своевременно выполнение назначений врача.
6. Оказывать помощь пациенту при нарушении координации движений.
7. Сопровождать пациента при передвижении.
8. Контролировать физиологические отправления (цвет стула).
9. Проводить беседы с пациентами и их родственникам по профилактике железодефицитной анемии.
10. Обеспечить диетическое питание с повышенным содержанием железа (мясные блюда).
11. Повысить уровень знаний пациентов и их родителей по вопросам

причины неэффективности терапии препаратов железа для приема внутрь.

12. Проводить серию полноценных и развернутых консультаций с формированием навыков самоухода.

13. Выявлять актуальные проблемы пациента, которые возникают при ЖДА.

14. Проводить санитарно – просветительскую работу среди родителей и пациентов по уходу при ЖДА.

15. Организовать лекции, дискуссии, беседы и разработать рекомендации в виде наглядного материала (буклеты, брошюры, памятки, санитарные бюллетени и т.д.(приложение 2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анемия стала насущной проблемой для большого числа людей по всему миру. Она поражает особенно уязвимые слои населения – детей младшего возраста, беременных женщин, пожилых людей и лиц, страдающих серьезными хроническими заболеваниями. Однако с этим аномальным состоянием можно справиться. Правильная диагностика, включающая выполнение различных лабораторных, инструментальных исследований, позволяет своевременно выявить болезнь и выбрать подходящий метод лечения и организовать уход за пациентами.

Современный уход включает в себя владение медицинскими сестрами всеми необходимыми знаниями, навыками и умениями при симптоме - железодефицитная анемия.

Работа над этой темой, дала нам возможность обратить внимание на организацию сестринского ухода в стационаре, получить опыт по обучению пациентов и выявлению их проблем, а также, помогла глубже понять материал и стала очередным этапом совершенствования навыков и знаний. Увеличение знаний медицинским персоналом, благоприятно влияет на качество медицинской помощи и оказание медицинских услуг.

В дальнейшем данная исследовательская работа поможет мне и персоналу квалифицированно выполнять свои обязанности, используя современные достижения медицины, на должном уровне.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бабанов, С. А. Профессиональные болезни [Электронный ресурс] / Баранов С. А. , Косарев В. В. – Москва, 2014. – Режим доступа: <http://kingmed.info/media/book/4/3034.pdf>
2. Волкова, С. А. Основы клинической гематологии [Текст]: учебное пособие / С. А. Волкова – Нижний Новгород: НижГМА, 2013. – 400 с.
3. Давыдов, М. И. Онкология. Клинические рекомендации [Текст]: учебное пособие / М. И. Давыдов – Москва: ГУ РОНЦ им. Блохина РАМН, 2015. – 680 с.
4. Ингерлейб, М. Б. Полный лекарственный справочник среднего медицинского работника [Текст]: учебное пособие / М.Б. Ингерлейб – Москва: Феникс, 2013. – 853 с.
5. Калмыкова, А. С. Педиатрия. Основы ухода за больными [Текст]: учебное пособие / А. С. Калмыкова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с.
6. Кушин, А. А. Клиническая лабораторная диагностика. Учебное пособие для медицинских сестер [Текст]: учебное пособие / А. А. Кушин – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 720 с.
7. Марченко, Д. В. Охрана труда и профилактика профессиональных заболеваний [Текст]: учебное пособие / Д. В. Марченко – Ростов-на-Дону: Феникс, 2014. – 272 с.
8. Островская, И. В. Основы сестринского дела [Текст]: учебное пособие / И. В. Островская – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 283 с.
9. Парамонова, Н. С. Медицинские манипуляции и навыки в педиатрии [Текст]: учебное пособие / Н. С. Парамонова- Минск: Новое издание, 2015. – 207 с.
10. Рукавицин, О. А. Гематология: национальное руководство [Электронный ресурс] / О. А. Рукавицин – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441992.html>

11. Рыкова, М. Ю. Детская онкология. Клинические рекомендации по лечению пациентов с солидными опухолями [Текст]: учебное пособие / М. Ю. Рыкова – Москва: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 370 с.
12. Смолева, Э. В. под редакцией Кабарухина Б. В. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях [Текст]: учебное пособие / Э. В. Смолева – Ростов-на-Дону: Феникс, 2017. – 366 с.
13. Смышляева А.В., Леушина Е.И. Изменения в полости рта при анемическом синдроме [Текст]: Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 4-2.;
14. Халецкая, О. В. Гематология детского возраста [Текст]: учебное пособие / О. В. Халецкая – Нижний Новгород: НижГМА, 2016. – 194 с.
15. Чутко, Л. С., Козина Н. В. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты [Текст] / Н. В. Козина, Л. С Чутко – Москва «МЕДпресс-информ», 2014. – 241 с.
16. Шкатова, Е.Ю. Инфекционная безопасность в ЛПУ [Текст]: учебное пособие / Е. Ю. Шкатова – Ростов-на-Дону: Феникс, 2013. – 235 с.
17. <http://dokb-bel.belzdrav.ru/otdelenia/statsionar/gema/gema.php>
18. URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=18523>

ПРИЛОЖЕНИЯ

**Анкета для родителей, дети которых имеют диагноз
железодефицитная анемия**

Данное анкетирование проводится с целью выявления удовлетворенности родителей уходом медицинских сестер за детьми болеющих железодефицитной анемией. Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде.

1. Ваш возраст _____

2. Ваше образование

- а) среднее
- б) средне - специальное
- в) высшее

3. Какой по счету ребенок в семье _____

4. Возраст Вашего ребенка _____

5. Пол Вашего ребенка _____

6. Место Вашего проживания

- а) город
- б) село
- в) поселок

7. Как часто посещаете Вы врача-педиатра.

- а) по графику
- б) очень редко
- в) при патологических состояниях ребенка

8. Соблюдали Вы рекомендации медицинских работников по питанию во время беременности.

- а) да
- б) нет
- в) Ваш вариант ответа _____

9. Влияет ли анемия на качество жизни Вашего ребенка (здоровье, развитие).

- а) да
- б) нет
- в) ваш вариант ответа

10. Объясняла Вам медицинская сестра способы профилактики анемии

- а) да
- б) нет
- в) Ваш вариант ответа _____

11. Видите Вы связь между питанием и развитием анемии у Вашего ребенка

- а) да
- б) нет
- в) затрудняюсь ответить

12. Вид кормления вашего ребенка в грудном возрасте

- а) естественный
- б) искусственный
- в) смешанный

13. Связываете Вы наследственность с заболеванием анемией Вашего ребенка.

- а) да
- б) нет
- в) Ваш вариант ответа _____

14. Считаете Вы достаточной информацию, которую Вам представляет медицинская сестра, при уходе за ребенком при ЖДА

- а) да
- б) нет
- в) Ваш вариант _____

15. Объясняла Вам медицинская сестра правила приема препаратов, содержащих железо

- а) да
- б) нет
- в) Ваш вариант ответа

16. Объясняла Вам медицинская сестра о необходимости проведения гигиенических процедур Вашему ребенку при данном заболевании

- а) да
- б) нет
- в) Ваш вариант ответа

17. Объясняет медицинская сестра, необходимость подготовки, Вашего ребенка к лечебным и диагностическим процедурам

- а) да
- б) нет
- в) Ваш вариант ответа

18. Медицинская сестра осуществляет контроль пульса, артериального давления, температуры тела, диуреза Вашему ребенку

- а) да
- б) нет
- в) Ваш вариант ответа

19. Проводит медицинская сестра профилактические беседы о правильном питании и приеме железосодержащих препаратов

- а) да
- б) нет
- в) Ваш вариант ответа

20. Удовлетворены ли Вы работой медицинских сестер в уходе за детьми с ЖДА

а) да

б) нет

в) Ваш вариант ответа

21. Что для Вас является важным в работе медицинского персонала в уходе за Вашими детьми на современном этапе

а) коммуникативные навыки общения

б) знания и опыт при оказании ухода

в) сострадание и милосердие

Спасибо за участие!

ЧТО МОЖНО ЕСТЬ ПРИ АНЕМИИ?

Уровень железа в организме на начальных этапах развития анемии можно повысить при помощи продуктов питания:

- Зеленые яблоки;
- Гречневая каша;
- Гранат;
- Петрушка;
- Говядина;
- Индейка;
- Овсяная каша.



ОТ ЧЕГО ЛУЧШЕ ОТКАЗАТЬСЯ?

Важно знать, что усвоению железа из пищи препятствуют такие продукты, как:

- Молоко;
- Черный кофе и чай;
- Свежие хлебобулочные изделия;
- Шоколад и различные пирожные;

Жирные, копченые, пряные, соленые и острые блюда.

Примерный рацион питания при железодефицитной анемии

Завтрак: овсяная каша с бананом, сладкий сухарик и зеленый чай;

Обед: свекольник, хлеб с отрубями, гречневая каша и котлета из индейки, компот из сухофруктов;

Полдник: смузи из спелых ягод или запеченные яблоки;

Ужин: салат из свежих овощей и зелени, суфле из говяжьей печени;

Перед сном – стакан кефира.

«ЧЕЛОВЕК ДОЛЖЕН ЗНАТЬ, КАК ПОМОЧЬ СЕБЕ САМОМУ В БОЛЕЗНИ, ИМЕЯ В ВИДУ, ЧТО ЗДОРОВЬЕ ЕСТЬ ВЫСОЧАЙШЕЕ БОГАТСТВО ЧЕЛОВЕКА.»

-ГИППОКРАТ



МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА (НИУ «БелГУ»)

Анемия

**Симптомы, лечение...
Все про анемию!**



*Белгород, ул. Попова,
26/45*

*Белгород
2019*

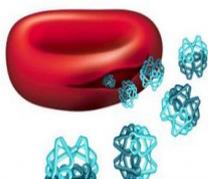
Железодефицитная анемия представляет собой патологическое состояние, обусловленное уменьшением в крови белка гемоглобина, основной задачей которого является транспортировка кислорода к тканям и внутренним органам.

В большинстве случаев анемия встречается у женщин, ожидающих рождения ребенка, кормящих матерей, людей с ослабленным иммунитетом и часто болеющих, пациентов, которые перенесли операции или потеряли много крови.

Причиной развития данной патологии могут стать также некоторые заболевания тонкого кишечника и невосприимчивость витамина B12, без которого усвоение железа организмом невозможно.

Основными клиническими проявлениями железодефицитной анемии являются: Быстрая утомляемость; Головокружения; Апатия и отсутствие аппетита; Бледность кожи; Ломкость волос и ногтей; Мелькание «мушек» перед глазами; Одышка и учащенное сердцебиение.

Анемия представляет опасность для организма человека, поэтому данное заболевание нельзя пускать на самотек. Вследствие недостаточного получения тканями и органами кислорода начинает страдать головной мозг и сердце, в результате чего у человека развиваются сопутствующие заболевания и патологии.



СПИСОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СОДЕРЖАЩИХ ЖЕЛЕЗО

Медикаментозные препараты для взрослого населения:

Ферлатум;
Фенюльс;
Мальтофер Фол;
Ферлатум фол;

Ликферр (Россия)

При вынашивании ребенка

Сорбифер Дурулес;
Мальтофер;
Тотема;

В детском возрасте

лучшими признаны:

Актиферрин;
Венофер;
Мальтофер Фол;
Тардиферон.



О ДЕЙСТВИИ ЛЕКАРСТВ

В основу препаратов для лечения от анемии положено наличие в них 2-х и 3-х валентного железа. Активное вещество 2-х валентное железо, содержащееся в лекарстве, более биодоступно, в результате оно почти все всасывается организмом. Поэтому лекарство, содержащее 2-х валентное железо, делается для приема внутрь перорально.



Одним из преимуществ этого вида препаратов с железом является их доступность по

цене. Действие медикаментов с содержанием 3-х валентного железа основано на превращении его с помощью аскорбиновой кислоты в 2-х валентное железо.

КАК ПРАВИЛЬНО ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВА

Медикаментозное лечение предусматривает соблюдение общих принципов приема препаратов. Лечение анемии включает в себя некоторые дополнения. В общем, эти правила включают в себя следующие знания:

- Запрет на прием вместе с железосодержащими препаратами Левомецитина, Тетрациклина, Антацидов, препаратов, содержащих кальций по причине того, что они снижают усвоение железа;



- Рекомендуется пить таблетки в перерывах между приемом еды, так как она способствует снижению концентрации железа, а в некоторых случаях, при содержании в принимаемой пище солей, кислот и щелочей могут образовываться вещества, содержащие железо и которые впоследствии нельзя растворить;

- Начинать пить лекарства необходимо с малых доз с целью определить, как переносится препарат человеком. При возникновении проблем его заменяют другим.



Дозу постепенно увеличивают, пока не найдут эффективную и переносимую человеком;

- Лечить анемию необходимо на протяжении от полутора до двух месяцев. Затем столько же пьют лекарства для профилактики;
- Для молодых женщин и детей рекомендуется в качестве профилактики принимать железосодержащие препараты до 10 дней в течение месяца.