

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Иркутский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт сестринского образования

Кафедра теории и практики сестринского дела

**Т. В. Демидова**

**Сестринский уход при заболеваниях органов  
пищеварения у детей**  
Учебное пособие

Иркутск  
ИГМУ  
2020

**УДК 614.253.5:616.33 – 053.2 (075.32)**

**ББК 57.334.13я723**

**Д 30**

*Рекомендовано ЦКМС ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по специальности: 34.02.01 Сестринское дело ПМ 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах», МДК 02.01.02 «Сестринский уход в педиатрии».*

*(протокол № 3 от 5 февраля 2020 г.)*

*Автор:*

**Т. В. Демидова** – преподаватель кафедры теории и практики сестринского дела ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России Институт сестринского образования

*Рецензенты:*

**Ю. О. Ким** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой сестринского дела (лечебного факультета) ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

**Н. П. Степанова** – главная медицинская сестра ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница».

**Демидова Т.В.**

**Д 30** Сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения у детей : учебное пособие / Т. В. Демидова ; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России Институт сестринского образования. – Иркутск : ИГМУ, 2020. – 86 с.

Учебное пособие содержит практическую информацию по планированию сестринских вмешательств при уходе за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, рекомендации по выполнению медицинских услуг, и подготовке ребенка к исследованиям.

Пособие составлено в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности: 34.02.01 Сестринское дело ПМ 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах», МДК 02.01.02 «Сестринский уход в педиатрии».

© Демидова Т.В., 2020

© ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, 2020

## Оглавление

1. ВВЕДЕНИЕ.....	5
2.1. УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ «СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ».....	9
3.1.1. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ.....	9
4.1.2. ОБЩАЯ СИМПТОМАТОЛОГИЯ И ОСНОВНЫЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА.....	13
5.2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ.....	25
6.2.1. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ.....	27
7.2.2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРОДУОДЕНИТЕ У ДЕТЕЙ.....	36
8.2.3. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ПРИ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВАХ БИЛИАРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ.....	41
9.3. ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ.....	48
10.3.1. НЕОТЛОЖНАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ.....	48
11.3.2. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ ПРИ РВОТЕ.....	48
12.3.3. НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ РЕБЕНКУ ПРИ МЕТЕОРИЗМЕ.....	49
13.4.1 ПОСТАНОВКИ ОЧИСТИТЕЛЬНОЙ КЛИЗМЫ РЕБЕНКУ.....	49
14.4.2 ПОСТАНОВКА ГАЗОТВОДНОЙ ТРУБКИ РЕБЕНКУ.....	57
15.4.3 УХОД ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ.....	58
16.4.4 ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА РЕБЕНКУ.....	67
17.5. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖКТ.....	68
18.5.1. ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИЖЕЛУДОЧНОЙ pH-МЕТРИИ У ДЕТЕЙ.....	68
19.5. ГЛОССАРИЙ.....	73
20.6. ТЕСТ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ.....	75
21. ПРИЛОЖЕНИЕ 1.....	80
22. ПОДГОТОВКА РЕБЕНКА К ПРОВЕДЕНИЮ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ИГРА.....	80
23. ПРИЛОЖЕНИЕ 2.....	81
24. ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ БЕЗЗОНДОВОГО ТЮБАЖА ПО ДЕМЬЯНОВУ.....	81
25. ПРИЛОЖЕНИЕ 3.....	83
26. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ.....	83
27. ПРИЛОЖЕНИЕ 4.....	97
28. ПОДГОТОВКА РЕБЕНКА К ПРОВЕДЕНИЮ ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИИ.....	97
29. ПРИЛОЖЕНИЕ 5.....	100
30. ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ПРОВЕДЕНИЮ КОМПЛЕКСНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	100
31. ПРИЛОЖЕНИЕ 6.....	103
32. ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА К ПРОВЕДЕНИЮ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЛА НА СКРЫТУЮ КРОВЬ.....	103
33. ПРИЛОЖЕНИЕ 7.....	104
34. ОЦЕНКА БОЛИ У РЕБЕНКА.....	104
35. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	108

## ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД – артериальное давление  
АФО – анатомо-физиологические особенности  
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения  
ГК – глюкокортикоиды  
ГЭР – гастроэзофагеальный рефлюкс  
ГЭРБ – гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь  
ДПК – двенадцатиперстная кишка  
ЖКБ – желчнокаменная болезнь  
ЖКК – желудочно-кишечное кровотечение  
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт  
КТ – компьютерная томография  
МВ – муковисцидоз  
МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра  
МРТ – магнитно-резонансная томография  
НЯК – неязвенный колит  
ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция  
ОП – острый панкреатит  
ПЖ – поджелудочная железа  
РП – рецидивирующий панкреатит  
СД1 – сахарный диабет 1-го типа  
ТПМУМСУ – технология выполнения простой медицинской услуги  
манипуляции сестринского ухода  
УЗИ – ультразвуковое исследование  
ФЭГДС – фиброэзофагогастродуоденоскопия  
ХК – холецистокинин  
ХП – хронический панкреатит  
ЦНС – центральная нервная система  
ЧДД – частота дыхательных движений  
ЧСС – частота сердечных сокращений  
ЭПН – экзокринная панкреатическая недостаточность  
t°С – температура

## **1. ВВЕДЕНИЕ**

Проблема сохранения и формирования здоровья детей и подростков в современных условиях развития России актуальна и значима. За последние годы произошло значительное ухудшение здоровья детей. По данным исследований, лишь 10 % выпускников школ могут считаться здоровыми, 40 % имеют различную хроническую патологию.

Патология органов желудочно-кишечного тракта у детей – одна из составляющих серьезной проблемы здоровья подрастающего поколения России. Для населения различных регионов характерны общие выраженные закономерности формирования патологий, связанные с возрастными биологическими процессами и условиями жизни. Приоритетными факторами риска болезней органов пищеварения в современных условиях определены наследственная отягощенность, алиментарный риск, риск стрессовых и конфликтных ситуаций в семье и в образовательном учреждении, курение и раннее употребление алкоголя среди детей и подростков, а также экологический риск.

Частота заболеваний органов пищеварения за последние годы возросла с 8000 до 12 000 на 100 000 детского населения. При этом в настоящее время наблюдается отчетливая тенденция к нарастанию частоты гастроэнтерологической патологии в детском возрасте и значительному «омоложению» многих заболеваний. В структуре заболеваемости детей и подростков Иркутской области заболевания органов пищеварения занимают четвертое место, уступая болезням органов дыхания, травмам, отравлениям и другим последствиям воздействия внешних причин, инфекционным болезням (у детей до 14 лет), болезням мочеполовой системы и кожным заболеваниям (у подростков 15-17 лет). На конгрессах Европейского и Североамериканского обществ детских гастроэнтерологов, гепатологов и специалистов по питанию (ESPGHAN и NASPGHAN, соответственно) определяются приоритетные направления исследований, обсуждаются и принимаются рекомендации по диагностике и лечению, основанные на самых последних достижениях науки. Отечественными врачами и учеными накоплен богатый опыт работы в области гастроэнтерологии детского возраста, проводились и проводятся глубокие исследования в этой области медицины.

Организм ребенка имеет выраженные анатомо-физиологические особенности различных органов и систем, в том числе, и желудочно-кишечного тракта. Поэтому, все цитологические процессы, протекающие в пищеварительной системе, имеют определенную специфику. Это

обстоятельство позволяет выделять гастроэнтерологию детского возраста в отдельную дисциплину. При этом, детский организм характеризуется динамизмом развития и даже в рамках одной дисциплины можно выделить такие весьма специфические разделы, как гастроэнтерологию недоношенного, незрелого и грудного ребенка, а также подростковую гастроэнтерологию.

Выполнение многообразных функций требует от среднего медицинского персонала понимания факторов, влияющих на здоровье людей, причин возникновения и обострения заболевания, способов лечения и реабилитации, а также условий, в которых осуществляется медико-социальная помощь. Медицинская сестра должна четко и грамотно выявлять нарушенные потребности и проблемы ребенка, составлять план сестринского ухода, реализовать поставленные цели.

### **Общие цели:**

1. изучение теоретических аспектов сестринского ухода за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

2. формирование элементов профессиональных компетенций (ПК): представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств; осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса; применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования; соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса; вести утвержденную медицинскую документацию; осуществлять реабилитационные мероприятия.

3. формирование общих компетенций (ОК): организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

### **Задачи образовательные:**

уметь:

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять сестринский уход за пациентом при заболеваниях органов пищеварения;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

знать:

- причины, клинические проявления, проблемы пациента, возможные осложнения, методы диагностики, организацию и методы оказания сестринской помощи при заболеваниях желудочно-кишечного тракта;
- пути введения лекарственных препаратов;

- методы реабилитации;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

**воспитательные:**

- понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес;
- организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество;
- быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

**развивающие:**

- принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность;
- осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития;
- работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

**Базовый уровень подготовки.**

*При изучении данной темы Вам понадобятся знания, полученные ранее при изучении Дисциплин и Междисциплинарных комплексов:*

1. Общие вопросы анатомии и физиологии пищеварительной системы (ОП. 02 Анатомия и физиология человека);
2. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей (МДК 01.01 Здоровый человек и его окружение);
3. Морфология. Рецептатура. Медицинская терминология и химическая номенклатура (ОП.01 Основы латинского языка с медицинской терминологией);
4. Частная фармакология (ОП. 07 Фармакология);
5. Осуществление фармакотерапии по назначению врача. Подготовка пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам (МДК 02.01.13 Технологии выполнения медицинских услуг);
6. Медицинская психология (ОП.09 Психология);
7. Общение с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности с соблюдением принципов профессиональной этики. Определение недостаточности (дефицита) самохода у пациентов и потребности в медицинском уходе (МДК 04.01. Теория и практика сестринского дела);
8. Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение производственной санитарии и личной гигиены на рабочем месте (МДК 04.02 Организация и охрана труда младшей медицинской сестры по уходу за больными);

9. Сестринское обследование пациентов с заболеваниями органов ЖКТ. Сестринский уход при гастритах, язвенной болезни желудка и 12перстной кишки (МДК 02.01.01 Сестринский уход в терапии);
10. Основные численные математические методы в профессиональной деятельности среднего медицинского работника (ЕН.01 математика);
11. Информационные коммуникационные технологии в медицине (ЕН.02 Информационные технологии в профессиональной деятельности).

*Вы должны овладеть следующей информацией:*

1. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей;
2. Болезни желудочно-кишечного тракта у детей;
3. Уход за детьми с заболеваниями органов пищеварения;
4. Выполнение сестринских манипуляций ребенку с заболеваниями желудочно-кишечного тракта;
5. Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями органов пищеварения у детей;
6. Дополнительные методы исследования при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей;
7. Подготовка ребенка к лабораторным и инструментальным методам диагностики.

*В процессе изучения данной темы Вы должны формировать профессиональные компетенции, соответствующие основным видам профессиональной деятельности:*

1. Проведение профилактических мероприятий ПМ 1:
  - Проводить беседы с ребенком и/или родителями (законными представителями) об особенностях профилактики и диетического питания больного ребёнка.
  - Создавать памятки по подготовке пациента к медицинским исследованиям.
2. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах ПМ 2:
  - Проводить сбор анамнеза и жалоб при патологии желудочно-кишечного тракта у детей;
  - Проводить объективное обследование ребенка: измерение массы тела, измерение артериального давления на периферических артериях, измерение частоты дыхания, исследование пульса на лучевой артерии, проведение общей термометрии;
  - Выявлять нарушенные потребности, определять цели сестринского вмешательства;
  - Составлять план сестринского вмешательства с мотивацией;
  - Осуществлять уход и наблюдение за пациентом с патологией желудочно-кишечного тракта у детей;
  - Уметь провести подготовку к лечебным и диагностическим вмешательствам с учетом возраста ребенка, в том числе с применением методики «терапевтическая игра»;
  - Вводить лекарственные препараты per os и парентерально;



- Уметь подготовить рабочее место и необходимое оснащение для проведения лечебных и диагностических вмешательств.

### 3. Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных состояниях ПМ 3:

- Оказывать неотложную доврачебную помощь при рвоте, желудочно-кишечных кровотечениях и других неотложных состояниях, возникающих в гастроэнтерологии.

*С целью контроля знаний, заполните глоссарий и ответьте на тестовые задания, размещенные в конце пособия.*

## 2. 1. Учебный материал по теме занятия «сестринский уход при заболеваниях органов пищеварения у детей»

### 3. 1.1. Анатомо-физиологические особенности желудочно-кишечного тракта у детей

К моменту рождения пищеварительный тракт ребенка является одной из наиболее зрелых систем организма, но адаптирован к питанию исключительно грудным молоком.

**Полость рта** у новорожденного и ребенка грудного возраста имеет небольшие размеры. Круговая мышца рта хорошо развита. Щеки округлые за счет наличия между кожей и щечной мышцей скоплений бурой жировой клетчатки – жирового тела Биша («комочки Биша»), играющего важную роль в энергетическом обеспечении процесса сосания. Твердое нёбо плоское, мягкое нёбо короткое. Нёбная занавеска не достигает задней стенки глотки, обеспечивая ребенку возможность дыхания во время сосания. Язык короткий, толстый, занимает всю полость рта, что способствует созданию отрицательного давления в полости рта при сосании. Слизистая оболочка полости рта имеет поперечные складки на твердом нёбе, между верхней и нижней челюстями – выпячивание, а на деснах – валикообразные утолщения, которые в совокупности обеспечивают герметизацию полости рта в процессе сосания. После 3-4 лет постепенно атрофируется жировое тело Биша. Слюна в первые недели жизни вязкая и вырабатывается в небольшом количестве, необходимом для герметизации полости рта при сосании. Реакция слюны нейтральная или слабощелочная, концентрация амилазы низкая. К 4 мес. слюноотделение становится обильным, достигая к 1-му году жизни 150 мл/сут. На 4-м месяце жизни ребенка слюна приобретает способность к пенообразованию и смачиванию пищевого комка, возрастает ее бактерицидность. Кислотность слюны и содержание в ней ферментов с возрастом увеличиваются.

**Пищевод** в первые месяцы жизни относительно короткий, анатомические сужения выражены слабо, переходная зона расположена на уровне X–XI грудных позвонков. Кардиальный отдел пищевода входит в желудок (угол Гиса) под прямым углом, клапан Губарева нефункционален. Это создает

предпосылки для недостаточности кардиального отдела. Просвет растянутого воздухом пищевода составляет при рождении около 5 мм. и быстро увеличивается (в 6 мес. – 8-10 мм, в 1 год – 12 мм, в 3-6 лет – 13-15 мм, к 15 годам – 18-19 мм). С возрастом увеличивается и длина пищевода (табл. 1).

Имеющий важное практическое значение показатель «расстояние от зубов до входа в желудок» может быть также рассчитан по формуле:

$$l = 20 + n,$$

где n – возраст ребенка (лет).

Таблица 1.

Длина пищевода в зависимости от возраста (в см)  
(цит. по: Воронцов И. М., Мазурин А. В., 2009)

Возраст, лет.	Длина	Расстояние от резцов до входа в желудок
новорожденный	8-10	16-20
1	12	20-22
2	13	22,5-24
3	16	26-27,9
10	18	27-33
15	19	34-36
взрослый мужчина	25 (23-30)	40
взрослая женщина	23 (20-26)	40

**Желудок** при рождении ребенка расположен в косо фронтальной плоскости, дно его при горизонтальном положении ребенка находится ниже пилорического отдела. Желудок пребывает в состоянии физиологического гипертонуса, имеет небольшой объем, не может (и не должен) служить резервуаром и органом перемешивания пищи. Кардиальный отдел расположен над диафрагмой, развит слабо, а пилорический отдел – хорошо (феномен «открытой бутылки»). Это создает предпосылки к возникновению срыгивания в случаях перекорма и заглатывания ребенком воздуха. Физиологический объем желудка при рождении составляет около 7 мл, но быстро увеличивается, достигая к 3-му месяцу жизни 150 мл. Поверхность слизистой оболочки желудка за первые 3 месяца жизни увеличивается в 3 раза. Время обновления клеток эпителия составляет 12-24 ч. Желудочные железы к рождению слабо развиты как морфологически, так и функционально. Кислообразование в желудке находится на низком уровне. Сразу после рождения происходит кратковременное «закисление» желудка (в основном за счет молочной кислоты, рН 2), выполняющее барьерную роль при становлении биоценоза пищеварительного тракта. В желудке функционируют лишь 2 из 5 фракций пепсинов (химозин и гастриксин, адаптированные к низкому уровню кислотности), а также желудочная липаза, которая способна осуществлять

гидролиз жиров в отсутствие желчных кислот. К 5-6 мес. жизни (а при искусственном вскармливании ранее) по мере возрастания кислотности желудочного секрета возрастает значение в пищеварении пепсиногенов I и II. К 2 мес. количество желудочных желез увеличивается в 3-4 раза и составляет 8 млн, в 6 лет – 10 млн, в 15 лет – 18 млн, а у взрослого – 25 млн. Ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание способствует сенсбилизации, а также форсирует темпы созревания пищеварительного тракта ребенка. При этом происходит пролиферация в слизистой оболочке антрального отдела желудка G-клеток, продуцирующих гастрин, и ECL-клеток, вырабатывающих гистамин. Это один из факторов, создающих в перспективе предпосылки к формированию повышенной кислотности желудочного содержимого и хронической патологии ЖКТ. Формирование кардиального отдела желудка завершается к 8 годам, объем желудка и кислотность желудочного сока увеличиваются.

**Поджелудочная железа** к рождению ребенка окончательно не сформирована. В первые месяцы жизни ее функциональные возможности ограничены. Расщепление жира грудного молока обеспечивается лишь благодаря участию в пищеварении липазы желудочного сока и, что особенно важно, липазы женского молока. С возрастом размеры поджелудочной железы увеличиваются, выработка панкреатического секрета и ферментов возрастает.

**Печень** ребенка раннего возраста относительно крупнее, чем у более старших детей. Правая доля печени на 1-м году жизни выступает из-под края реберной дуги на 2-3 см и может выступать до 5-7 лет. Выделение желчных кислот составляет лишь 50% от уровня взрослых, что при искусственном вскармливании создает предпосылки к развитию стеатореи. Однако печень детей первых 3 месяцев жизни обладает большей «гликогенной емкостью», чем у взрослых.

**Желчевыводящие пути** к рождению ребенка характеризуются относительно высокой анатомической и функциональной зрелостью. Желчный пузырь при рождении чаще имеет грушевидную или веретеновидную форму и довольно крупные размеры, которые с возрастом увеличиваются.

**Двенадцатиперстная кишка** у новорожденного имеет кольцевидную форму и подвижна, позже ее фиксирует жировая ткань. Складки ее слизистой оболочки выражены слабо и формируются в более старшем возрасте. Дуоденальные железы развиты слабо. Интенсивность пищеварения в двенадцатиперстной кишке у детей грудного и раннего возраста в сравнении со старшими детьми снижена.

**Тощая и подвздошная кишка** к рождению имеют высокую степень зрелости, располагая практически теми же ферментными системами, что и у взрослых, но эти системы пребывают в основном в неактивированном состоянии. Активность лактазы максимальна и в 10 раз выше, чем у большинства взрослых. Функционально илеоцекальный клапан (баугиниева заслонка) относительно недостаточен. Вследствие этого возможны забросы в подвздошную кишку содержимого слепой кишки, и как результат, микробная

контаминация тонкой кишки с возможным воспалительным поражением ее терминального отдела. Высокая моторная активность кишечника и низкая фиксация его петель создают предпосылки для развития инвагинаций кишечника. В связи с большой пищевой нагрузкой и дистальным типом пищеварения (у старших детей и взрослых пищеварение в основном происходит в проксимальных отделах тонкой кишки) резервные возможности пищеварительно-транспортного конвейера ребенка 1-го года жизни очень ограничены. Наряду с полостным, пристеночным и симбиотическим (бактериальным) пищеварением у ребенка первых месяцев жизни важную роль играет пиноцитоз. Пиноцитоз обеспечивает всасывание через кишечную стенку в нерасщепленном виде непосредственно в кровь белков грудного молока (лактальбумина и лактоглобулина), а также иммуноглобулинов. При естественном вскармливании это оптимизирует белковый обмен и поддерживает уровень пассивного иммунитета. При искусственном вскармливании пиноцитоз неизмененных белков коровьего молока и пептидов может стать причиной сенсibilизации к ним. На 1-м году жизни сохраняется преимущественно тонкокишечный тип пищеварения, но пиноцитоз угасает, барьерная функция кишечной стенки возрастает. После 1-го года жизни снижается активность лактазы. Область наиболее интенсивного усвоения питательных веществ смещается в проксимальные отделы тонкой кишки.

**Толстая кишка.** После рождения происходит заселение пищеварительного тракта микрофлорой. В становлении микробного пейзажа, в преодолении транзитного дисбиоза исключительно важную роль имеет раннее прикладывание новорожденного к груди. Микрофлора у детей, находящихся на исключительно грудном вскармливании, представлена преимущественно бифидобактериями и бифидобактероидами (титр ). На долю сопутствующей (кишечная палочка, лактобактерии, ацидофильные палочки и энтерококки) и остаточной флоры (стафилококк, протей) приходится не более 1-4%. Нормальный биоциноз и барьерная функция кишечника поддерживаются только благодаря иммуноглобулинам, лизоциму и ряду других защитных факторов материнского молока. В случае перевода ребенка на искусственное и смешанное вскармливание увеличивается представительство кишечной палочки и энтерококков, количество бифидобактерий уменьшается. С введением прикорма меняется микрофлора кишечника – увеличивается представительство кишечной палочки – (300-600) · г, в том числе возможно появление (до 10%) ее дефектных форм, титр бифидобактерий снижается до –, кокки составляют до 25% всей микрофлоры.

**Прямая кишка** у новорожденного не имеет изгибов и сформированной ампулы, относительно длинна и подвижна. Ее мышечная оболочка и сфинктер заднего прохода развиты слабо, а подслизистый слой рыхлый, что создает предпосылки к выпадению прямой кишки. На втором году жизни в результате развития жировой клетчатки происходит фиксация прямой кишки. По мере формирования крестцового и копчикового изгибов позвоночника формируются изгибы прямой кишки, а после 3 лет – ее ампула.

Моторика кишечника у детей грудного и раннего возраста более активна, чем у старших детей. Это способствует более частой дефекации. Продолжительность прохождения пищи по кишечнику у детей раннего возраста – 4-18 ч, а у старших детей – более 1 сут.

#### **4. 1.2. Общая симптоматология и основные дифференциально-диагностические синдромы патологии пищеварительного тракта**

Процессы созревания отдельных структур пищеварительной системы отражаются на характере ее функционирования. Поэтому функциональные сдвиги, в различные возрастные периоды, являются физиологическими и их не следует расценивать, как проявление патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

В процессе своей деятельности средний медицинский персонал должен знать общие симптомы заболеваний желудочно-кишечного тракта и правильно определять нарушенные потребности и проблемы пациента.

**Нарушения аппетита.** Существует множество путей, по которым при болезнях органов пищеварения к центрам голода и насыщения, находящимся в гипоталамусе, направляются патологические импульсы, вызывающие снижение аппетита. Центр насыщения стимулируется растяжением желудка и верхней части тонкой кишки. От хеморецепторов кишечника в центр аппетита поступает информация о наличии и усвоении питательных веществ. На центры голода и насыщения действуют также циркулирующие факторы (гормоны, глюкоза и др.), содержание которых, в свою очередь, зависит от состояния кишечника. К гипоталамусу из высших центров идут сигналы, вызванные болями или эмоциональными реакциями, которые возникают при заболеваниях ЖКТ.

Аппетит ребенка подвержен значительным колебаниям. Он бывает кратковременно снижен, что может чаще связано с неудовлетворительной организацией питания, качеством кулинарной обработки пищи, однообразием рациона, недостаточностью питья в жаркое время года и другими факторами. Длительные нарушения аппетита, его снижение вплоть до отсутствия (анорексия) связаны с различной патологией и интоксикацией, заболеваниями органов пищеварительной, нервной систем и др.

В период новорожденности к снижению аппетита приводят все патологические состояния, затрудняющие акт сосания: рино-синусит, врожденные дефекты развития задних носовых отверстий (стеноз, атрезия), органические поражения центральной нервной системы, угнетение сосательного рефлекса, например, при недоношенности или родовой травме, заболевания слизистой оболочки рта.

У детей грудного возраста снижение аппетита встречается в случае нарушения принципов вскармливания (перекорм, высококалорийное с избыточным количеством жиров, одностороннее высокобелковое питание),

принудительное кормление, отвлечение внимания ребенка во время приема пищи различными рассказами, играми, картинками. Иногда отмечается избирательное отсутствие аппетита только по отношению к твердой пище. Одной из частых причин снижения аппетита у детей дошкольного и школьного возраста является нарушение режима питания, прием сладостей (мороженого, печенья, конфет) в промежутках между основным питанием.

Снижение аппетита наблюдается практически при всех острых и хронических заболеваниях, анемии, некоторых эндокринных заболеваниях (гипотиреоз, аддисонова болезнь), болезнях печени, тяжелой сердечно-сосудистой патологии, отравлениях, гипервитаминозе D, идиопатической гиперкальциемии, применении некоторых медикаментов (сульфаниламидные препараты, антибиотики, салицилаты). Потеря аппетита наблюдается при интоксикации и ацидотическом сдвиге. Стойкое снижение аппетита типично для больных с хроническими расстройствами питания, гиповитаминозами С и В. Активный отказ от еды, извращенный, избирательный аппетит являются характерной особенностью детей, страдающих невропатической формой врожденной дистрофии. Избирательная анорексия возникает при целиакии (отказ от изделий из пшеничной, ржаной муки, ячменя), ферментопатиях – дисахаридазной недостаточности (отказ от того или иного углевода), экссудативной энтеропатии (отказ от цельного молока), при заболеваниях печени и желчевыводящих путей (отказ от жирной пищи), при пищевой аллергии к продуктам, содержащим аллерген.

При постоянном игнорировании родителями или ухаживающими за ребенком людьми возрастных принципов питания развивается психогенная анорексия, нередко сопровождающаяся рвотой во время еды. Это может быть проявлением защитной реакции организма в случаях принудительного кормления.

У детей школьного возраста может возникнуть неврогенная анорексия в сочетании с исхуданием и аменореей, обусловленные особенностями роста, нейроэндокринной перестройкой и факторами внешней среды. Нервная (психическая, истерическая) анорексия чаще всего наблюдается у девочек пре- и пубертатного возрастов. Пациенты начинают ограничивать себя в еде в связи с патологическим недовольством своей внешностью, размерами и массой тела.

Состояние повышенного аппетита (полифагия) у детей встречается реже. Физиологическое повышение аппетита наблюдается в периоды усиленного роста и развития, например, в период первого вытяжения (6 лет), полового созревания, иногда у недоношенных детей в связи с ускоренным ростом, в ряде случаев в период выздоровления после острых инфекционных заболеваний. Типично повышение аппетита до высоких степеней (булимия) у детей, страдающих сахарным диабетом. Этот симптом появляется также при опухоли островкового аппарата поджелудочной железы – инсулиноме. Повышение аппетита может наблюдаться при опухолях головного мозга, в частности, гипоталамической области, в некоторых случаях при врожденном недоразвитии центральной нервной системы, длительном применении стероидных гормонов, иногда фтивазида, некоторых антигистаминных препаратов. Полифагия также

наблюдается у больных с некоторыми формами мальабсорбции, хроническим панкреатитом, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

**Дисфагия.** Механизмы глотания у новорожденного ребенка хорошо развиты и координированы уже к моменту рождения. Грудной ребенок вначале испытывает определенные затруднения при проглатывании плотной пищи, но вскоре вырабатывается правильный навык. При этом следует отметить, что относительно короткая уздечка языка не влияет на этот процесс. В основе преходящей дисфагии у детей часто лежат нарушения регуляции мышечного аппарата, участвующего в процессе глотания (расстройства иннервации, силы и координации сокращений). В таких случаях изменения нервномышечного аппарата ротоглотки обычно являются частью генерализованной патологии, а именно: детского церебрального паралича, дерматомиозита и склеродермии, инфекций (дифтерии, полиомиелита, столбняка), мышечной дистрофии, миастении, полиневрита, болезни Райли-Дея, болезни Верднига-Гоффманна, некоторых дефектов черепных нервов и др. Иногда глотание временно нарушается из-за сильных болей в полости рта (острый вирусный стоматит, травма и т.п.). Снижение проходимости носовых ходов серьезно нарушает процесс сосания и глотания. Дисфагия может вызываться также сдавлением пищевода опухолями, увеличенными лимфатическими узлами, вилочковой и щитовидной железами, абсцессами средостения, экссудативными плевритами и др. Клинически дисфагия проявляется затруднением при глотании, болями при прохождении пищи, регургитацией.

Движения пищевода – саморегулируемый процесс, важную роль в котором играют сфинктеры, создающие зоны высокого давления в верхнем и нижнем концах пищевода. Первичная перистальтическая волна возникает при глотании и распространяется вниз по пищеводу. Вторичная волна, очищающая пищевод от остатков пищи, стимулируется его растяжением.

**Срыгивание** небольшим количеством воздуха и желудочным содержимым, часто наблюдается у детей первых месяцев жизни. Это явление, связанное особенностями строения пищевода и желудка у младенцев, может сопровождать каждое кормление. Со временем срыгивание, как правило, прекращается. При сосании грудной ребенок иногда заглатывает много воздуха (**аэрофагия**). Она наблюдается у беспокойных, возбудимых и поэтому жадно сосущих детей, в большей степени выражена при сосании из бутылочки. Целесообразно стимулировать у ребенка отрыжку (выход газа или газа вместе с пищевой кашицей из желудка в полость рта) вовремя или после кормления, в противном случае растяжение желудка воздухом будет способствовать ложному чувству насыщения, а также срыгиванию, которое в свою очередь, может привести к аспирации. Причинами аэрофагии могут быть голод, слишком тугая грудь матери, неправильная техника кормления и др.

**Руминация** (жвачка) – редкая, но слишком серьезная по последствиям форма хронического срыгивания: она может вызвать задержку роста и темпов психоречевого и моторного развития ребенка, особенно во второй половине первого года жизни. При этом срыгивание, пережевывание и повторное

проглатывание пищи происходит без тошноты, а наоборот, как определенно приятный для ребенка процесс, охотно им повторяемый. Вскоре жвачка переходит в большей или меньшей степени фиксированный привычный невроз. Для того чтобы изрыгнуть пищу, ребенок глубоко засовывает палец в глотку или устанавливает в виде желоба язык при широко открытом рте. Полагают, что руминация – особый вид повторяющегося самостимулирования и самоудовлетворения, с помощью которого ребенок компенсирует нехватку соответствующих внешних стимулов. В одних случаях такие дети длительное время лишены успокаивающих тактильных, зрительных или слуховых ощущений. В старшем возрасте важную роль в сохранении руминации (как и привычки сосать палец или язык) играет психологический фактор. При этом нарушаются отношения между матерью (чаще), отцом и ребенком, что обусловлено, в основном, неспособностью взрослых адекватно выполнять свои родительские функции.

В ряде случаев в основе срыгивания и руминации лежит дисфункция пищевода, тяжелый гастроэзофагальный рефлюкс (ГЭР). Следует отметить, что первичные нарушения двигательной функции пищевода, вызывающие расстройства перистальтики и дисфагию, у детей встречаются редко. Нижний пищеводный сфинктер препятствует забросу желудочного содержимого в пищевод. Если функция этого сфинктера нарушена, то содержимое желудка движется ретроградно, обуславливая потерю питательных веществ и, в конечном счете, недостаточность питания. Однако у грудных детей нет четкой связи между функцией сфинктера и тяжестью ГЭР.

Длительное воздействие желудочного сока на слизистую оболочку нижней части пищевода может стать причиной дистального эзофагита (рефлюкс-эзофагита) а в случае развития осложнений – анемии. При дискинезии пищевода, особенно при дисфункции его верхнего сфинктера, возможна аспирация желудочного содержимого, что может обусловить длительный, персистирующий кашель, приступы бронхиальной астмы и в ряде случаев развитие аспирационной пневмонии.

**Чувство «кома в горле»** (синонимы: дискинезия верхнего пищеводного сфинктера, функциональный глобус, *globus pharyngis*, *globus hystericus*). Ощущение "кома в горле" – чувство распирания или сдавления в области глотки. Как правило, дискомфорт ощущается по средней линии над щитовидным хрящем, 1/3 пациентов проявления данного симптома регистрируются в других областях на передней поверхности шеи, **дисфагия** (нарушение глотания) или **одиофагия** (болезненное глотание) отсутствуют. Однако проглатывание твердой или жидкой пищи может провоцировать неприятные ощущения. В основе данного симптома лежит повышение тонуса и реактивности верхнего пищеводного сфинктера. При исключении патологии дистального отдела пищевода, или других причин (пищеводных или внепищеводных), приводящих к изменению структуры пищевода, можно говорить о функциональном характере страдания – функциональном глобусе.

**Сухость во рту и ощущение жажды** испытывают дети, страдающие частой рвотой или при значительном обезвоживании (из-за обильных поносов



различного происхождения). Жажда как симптом может наблюдаться у больных хроническим панкреатитом, сахарным диабетом и др.

**Слюнотечение (гиперсаливация)** как физиологическое явление отмечается у детей 3-6 месяцев жизни. Выраженная саливация иногда наблюдается при глистной инвазии (аскаридоз). При заболеваниях ПЖ она, как полагают, является компенсаторной реакцией слюнных желез.

**Халитоз** – неприятный запах изо рта, который ощущается в выдыхаемом воздухе или независимо от акта дыхания.

Варианты халитоза:

1. бактериальный халитоз;
2. экзогенный халитоз;
3. псевдохалитоз (психогенный);
4. симптоматический халитоз.

Бактериальный халитоз связан с метаболической активностью бактерий ротовой полости. Чаще связан с длительным голоданием (недостаточное очищение языка от налета), редким и нерегулярным приемом пищи (особенно мягкой), а также при плохом уходе за полостью рта, сухости во рту различного генеза. Экзогенный халитоз, как правило, связан с употреблением некоторых пищевых веществ (чеснок, лук, маринады, соусы и т.п.), табака и алкоголя. Симптоматический халитоз встречается при заболеваниях зубов и десен, носоглотки, пищевода, стенозе привратника, кишечной непроходимости, заболеваниях легких, при эндотоксикозах и отравлениях.

**Изжога** – своеобразное ощущение жжения за грудиной и в верхней части эпигастральной области, имеет значение повышенная чувствительность измененной слизистой оболочки пищевода к различным раздражителям, особенно к пептическому действию желудочного содержимого при повышенном уровне в нем свободной соляной кислоты и к механическому растяжению пищевода во время ГЭР. Изжога наиболее выражена при эзофагитах и пептической язве пищевода, является одним из симптомов грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (усиливаясь в горизонтальном положении); она отмечается при гастродуоденитах, повышении интрагастрального и внутрибрюшного давления (асцит, метеоризм).

**Икота** – внезапное всасывание воздуха в дыхательные пути, сопровождающееся опущением надгортанника и сокращением голосовых связок, из-за произвольных клонических сокращений диафрагмы. Обычно этот феномен обусловлен раздражением дыхательного центра, диафрагмального и блуждающего нервов. Появляется при заболеваниях нервной системы, диафрагмы, органов средостения, матки и придатков, интоксикациях и гельминтозах. В гастроэнтерологической практике икота чаще всего встречается у пациентов с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, ГЭР и др.

**Отрыжка** – произвольное выделение через рот газов или пищи из желудка или пищевода, вызывается сокращением мускулатуры желудка при открытом кардиальном отверстии.

1. отрыжка воздухом – следствие аэрофагии (у грудных детей, при психозах и неврозах);
2. отрыжка с запахом тухлых яиц (сероводород) наблюдается при стенозе привратника;
3. кислая отрыжка, чаще всего, связана с повышенным кислотообразованием в желудке;
4. горькая отрыжка бывает при забросе желчи в желудок из двенадцатиперстной кишки и недостаточности нижнего пищеводного сфинктера.

Ощущение давления, полноты и распираания в эпигастральной области возникает при гипотонии, нарушениях опорожнения желудка, гипохлоргидрии, уменьшении объема органа, аэрофагии.

**Ощущение полноты и распираания в животе** – вызываются напряжением стенки кишечника (гипертонус, метеоризм, стаз при заболеваниях органа) или напряжении брюшной стенки. Последнее, может быть следствием увеличения органов брюшной полости. Увеличение живота и ощущение полноты появляются при смещении органов брюшной полости вперед и вниз из-за сокращения диафрагмы и мышц задней брюшной стенки с образованием чрезмерного поясничного лордоза.

**Метеоризм** – избыточное скопление газов в кишечнике вследствие повышенного их образования, недостаточного всасывания и выведения. Наблюдается при переедании, употреблении продуктов, переваривание которых вызывает повышенное газообразование, при аэрофагии, синдромах мальабсорбции, стенозах кишечника, спаечной болезни, синдроме раздраженного кишечника и т.д.

**Урчание и переливание в животе** – звуки, образующиеся при перемещении жидкости в кишке. Частыми и постоянными эти симптомы бывают при острых и хронических заболеваниях тонкой и толстой кишок.

**Тошнота** – неприятное ощущение в подложечной области, нередко сопровождающееся слабостью, головокружением, полубморочным состоянием, бледностью кожных покровов, слюнотечением. Она обычно предшествует рвоте, но иногда является самостоятельным симптомом. Тошнота встречается как при заболеваниях органов пищеварения, так и других органов и зачастую носит условно-рефлекторный характер. При этом установлено повышение давления в двенадцатиперстной кишке с одновременным снижением градиента давления между нею и желудком.

Выделяют следующие патогенетические варианты тошноты:

1. Центральная тошнота (структурные поражения центральной нервной системы) возникает непосредственно при раздражении рвотного центра.
2. Рефлекторная тошнота (заболевания органов пищеварения, мочевыделительной системы и др.) отмечается при ваготонии.
3. Гематогенно-токсическая тошнота обусловлена воздействием на хеморецепторы продолговатого мозга метаболитов, токсинов, лекарств и ядов.

**Рвота** – извержение желудочного или кишечного содержимого через рот и носовые ходы наружу. Рвота частый симптом у детей, при этом, чем меньше ребенок, тем легче она возникает. Механизм рвоты заключается в резком расслаблении диафрагмы и одновременном, резком сокращении мускулатуры брюшной стенки, когда желудочное содержимое с силой выталкивается в пищевод. Рвота возникает при раздражении рвотного центра в стволе мозга, где имеются хеморецепторы, которые реагируют на циркулирующие в крови вещества. Поэтому рвота может возникнуть почти при любом заболевании и особенно при поражении головного мозга.

Причиной рвоты может стать:

1. непроходимость пищеварительного тракта на уровне пищевода (атрезия, халазия, ахалазия, диффузный спазм, стеноз, инородное тело, периззофагит др.);
2. спазм привратника (пилороспазм, врожденный гипертрофический пилоростеноз);
3. спазм двенадцатиперстной кишки (атрезия, синдром Ледда, кольцевидная поджелудочная железа и др.);
4. спазм тонкой и толстой кишок (атрезия и стеноз, мекониевый илеус и его эквиваленты);
5. инвагинации;
6. хроническая псевдоинтестинальная обструкция и т.д.).

Сопровождаются рвотой и другие заболевания ЖКТ у детей, а именно: гепатиты, желчнокаменная болезнь, панкреатит, аппендицит, перитонит, болезни Гиршпрунга и Крона, пищевая аллергия, целиакия, непереносимость белков коровьего молока и другие синдромы мальабсорбции. Часто наблюдается рвота при сепсисе, тяжелых пневмониях, среднем отите, инфекциях мочевыводящих путей, надпочечниковой недостаточности, почечном тубулярном ацидозе, метаболических нарушениях (фенилкетонурия, лактатацидоз, органические ацидурии, галактоземия, непереносимость фруктозы, тирозиноз и др.). Повторная ацетонемическая рвота возникает обычно у детей раннего возраста, при этом развиваются значительные нарушения водно-электролитного обмена и равновесия кислот и оснований. Ацетонемическую рвоту следует отличать от кетоацидоза, который может развиваться при сахарном диабете. Внезапно возникающая рвота без предшествующего чувства тошноты наблюдается при патологии центральной нервной системы (внутричерепная гипертензия, гидроцефалия, кровоизлияния, опухоли, менингиты и др.). Тяжелая неукротимая рвота бывает при отеке мозга, вызванном метаболическими нарушениями (например, синдром Рея, отравления, интоксикации). В некоторых случаях бурная рвота сама может вызвать повреждение слизистой оболочки кардиальной части желудка, сопровождающееся кровотечением (синдром Мэллори-Вэйса). Выделяют так называемую психогенную рвоту и психогенную тошноту, которые подразделяются на следующие варианты:

1. Рвота вследствие повышенной тревоги (как проявление страха перед какими-либо важными событиями);
2. Реактивная рвота (неприятные ассоциации: колбаса – фекалии, красный напиток – кровь, макароны – черви и т.п.);
3. Невротическая рвота (проявляется в двух вариантах: истерическая рвота, возникающая в стрессовых и конфликтных ситуациях, и привычная рвота, как выражение подавленных эмоций);
4. Психотическая рвота при психозах.

Невротическая рвота более характерна для старших детей. Если ребенка принуждают к еде, то привычная рвота может появиться не только в грудном, но и в дошкольном возрасте. Иногда ребенку достаточно только взглянуть на еду, чтобы это спровоцировало рвоту.

К признакам, имеющим диагностическое значение, можно отнести:

- время появления – натощак при заболеваниях с портальной гипертензией; сразу или вскоре после еды при остром гастрите и язвенной болезни (ЯБ); в конце дня при нарушениях эвакуации из желудка;

- симптоматология и основные дифференциально-диагностические синдромы рвотных масс – прогорклого масла из-за повышенного образования жирных кислот при гипо- и ахлоргидрии; тухлый, гнилостный при застое пищи в желудке; аммиачный или напоминающий запах мочи у больных с хронической почечной недостаточностью; каловый при желудочно-толстокишечных свищах и кишечной непроходимости;

- примеси в рвотных массах – слизь (гастрит), гной (флегмона желудка), прожилки крови при сильных многократных рвотных движениях; обильные выделения чистой крови в случаях язвы, синдроме Мэллори-Вэйса. Кровавая рвота обычно сочетается с дегтеобразным калом.

**Боли** в области живота являются кардинальным симптомом многих заболеваний органов пищеварения. У маленьких детей эквивалентом боли являются беспокойство, крик, отказ от груди матери. У детей дошкольного и младшего школьного возраста боли могут проявляться чувством быстрого насыщения и переполнения желудка. Болевые импульсы, возникающие в органах брюшной полости, передаются по нервным волокнам двух типов: по волокнам типа А импульсы вызывают ощущение острой и четко локализованной боли, а по волокнам типа С – неопределенную тупую боль. Боль, возникающая в органах брюшной полости, ощущается на уровне того сегмента, из которого иннервируется пораженный орган:

- боли в эпигастральной области наблюдаются при патологии диафрагмы, кардиального отдела пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (ДПК), ПЖ.

- боли в правом подреберье возникают преимущественно при заболеваниях печени, желчевыводящих путей и желчного пузыря, головки ПЖ, ДПК, печеночной кривизны толстой кишки, реже – сальника и диафрагмы.

- боли в левом подреберье появляются при поражениях желудка, ПЖ, селезеночного изгиба толстой кишки, диафрагмы, левой доли печени.

- дистальная часть тонкой кишки, слепая кишка с червеобразным отростком, вся проксимальная половина толстой кишки, брыжеечные лимфатические узлы, сальник дают боли в околопупочной области.

- опоясывающие боли характерны для поражения ПЖ.

- боли в правой подвздошной области могут указывать на аппендицит, поражение конечного отрезка подвздошной кишки, илеоцекального угла (болезнь Крона), а также при синдроме подвижной слепой кишки.

- в левой подвздошной области боли чаще обусловлены поражением сигмовидной кишки.

- при заинтересованности дистального отдела толстой кишки, мочевых путей и органов малого таза боли ощущаются в надлобковой области.

- разлитые боли в животе могут свидетельствовать о перитоните, кишечной непроходимости, абдоминальной форме геморрагического васкулита, разрывах паренхиматозных органов, спаечных процессах; иногда такие боли наблюдаются при выраженном асците и метеоризме.

Частным вариантом болей в животе является **кишечная колика** – неприятное, вызывающее дискомфорт, чувство распираания или сдавливания в брюшной полости. Кишечная колика обусловлена дискинетическими явлениями и повышенным газообразованием. Диагноз "кишечная колика" ставится в том случае, если общая продолжительность колик составляет 2-3 часа в сутки. Чаще всего, кишечная колика является prerогативой детей грудного возраста и обусловлена следующими факторами:

1. функциональной незрелостью нервно-мышечного аппарата кишечника;
2. ферментной недостаточностью;
3. дисбиозом кишечника;
4. пищевой аллергией;
5. нерациональным вскармливанием.

Обычно колики исчезают при оптимизации режима вскармливания или подбора адекватной молочной смеси.

**Тупые, давящие боли** свидетельствуют о перерастяжении или увеличении органов брюшной полости (гепато- и спленомегалия, опухоли, кисты, метеоризм). **Приступообразные боли** наблюдаются при гипертонусе гладкой мускулатуры – спазме привратника, сфинктера Одди, сфинктеров кишечника. Наиболее резко выраженные пронизывающие, так называемые кинжальные, боли указывают на прободную и пенетрирующую язвы, острый перитонит, острую кишечную непроходимость. При заболеваниях тонкой кишки боли, как правило тянущие, тупые; напротив, весьма интенсивные боли свойственны поражению толстой кишки.

По характеру боли различают:

1. спастические боли;
2. дистензионные боли;
3. спаечные боли.

Спастические боли встречаются при колитах, энтероколитах и протекают по типу кишечных колик. Дистензионные боли, вызванные сильным

расширением кишечника газами и каловыми массами, сопровождаются вздутием живота. Спаечные боли возникают на высоте перистальтики кишечника, их появлению способствуют резкие движения, сотрясения тела и т.д.

**Диарея** – учащенное опорожнение кишечника с изменением характера стула, от кашицеобразного до водянистого. В основе диареи лежит ускоренный пассаж содержимого по кишечнику, замедление всасывания жидкости, а также повышенное слизиобразование. У здоровых детей, особенно грудного возраста, иногда имеет место стул после каждого кормления или приема пищи, что обусловлено гастроилеоцекальным или гастроилеоколоническим рефлексом. Различают диарею с большим (при заболеваниях желудка, ПЖ, при целиакии) количеством каловых масс и малым (при ЯБ, колитах с преимущественным поражением дистальных отделов кишечника, микседеме). Диарея наблюдается как при заболеваниях самого кишечника, так и других органов пищеварительного тракта и систем организма. Среди заболеваний кишечника, протекающих с диареей, отмечаются следующие:

1. инфекционные (дизентерия, сальмонеллез, тифопаратифозные заболевания, туберкулез и пр.);
2. гельминтозы;
3. неспецифические воспалительные процессы (болезнь Крона, НЯК);
4. новообразования;
5. пострезекционные синдромы;
6. экссудативная энтеропатия и др.

Диарея наблюдается при авитаминозах, заболеваниях печени и желчевыводящих путей, многих иммунодефицитных заболеваниях и т.д. При диарее отмечается чрезмерная потеря жидкости и электролитов с калом. Вода пассивно проходит через оболочки кишечной стенки, и этот процесс зависит от активного и пассивного транспорта растворенных в ней веществ, в частности, натрия, хлоридов, глюкозы. Нарушение трансмембранного транспорта этих субстанций лежит в основе всех форм диарей. Почти вся вода, за исключением небольшого остаточного ее количества, всасывается в тонкой кишке, поэтому сильная диарея возникает именно при поражении этого органа. При заболеваниях толстой кишки диарея не столь выражена, жидкий кал чередуется с оформленным.

Кишечная гиперсекреция обусловлена нарушением электролитного транспорта в кишечнике. Основные причины гиперсекреции или секреторной диареи:

1. бактериальные экзотоксины (энтеротоксины);
2. заселение тонкой кишки микроорганизмами и в связи с этим, накопление деконъюгированных и дегидроксилированных желчных кислот, гидроксигированных жирных кислот, бактериальных энтеротоксинов;
3. желчные кислоты;
4. жирные кислоты с длинной углеводородной цепью;
5. желудочно-кишечные гормоны (секретин и др.);
6. простагландины; серотонин; кальцитонин;

7. слабительные средства, содержащие антрагликозиды (листья сенны, кора крушины, ревень и др.), касторовое масло, антациды, содержащие соли магния, антибиотики (клиндамицин, линкомицин, ампициллин, цефалоспорины), антиаритмические препараты, препараты калия, искусственный сахар (сорбитол, маннитол), холестирамин, сульфасалазин, антикоагулянты.

Потери натрия при секреторной диарее превышают потери калия. Свойством снижать всасывание и стимулировать секрецию натрия и хлора обладает свободный внутриклеточный кальций. Поэтому блокаторы кальциевых каналов обладают антидиарейным эффектом. Увеличение осмотического давления в полости кишечника наблюдается при нарушении переваривания и всасывания углеводов, а также при повышенном поступлении в кишечник осмотически активных веществ (солевые слабительные, сорбитол и др.). Неабсорбированные дисахариды приводят к осмотической задержке воды в просвете кишки. Поскольку слизистая оболочка тонкой кишки свободно проницаема для воды и электролитов, устанавливается осмотическое равновесие между тонкой кишкой и плазмой. Кишечная гиперэкссудация отмечается при воспалительных изменениях слизистой оболочки толстой кишки (дизентерия, сальмонеллез и др.).

**Запором** следует считать замедленное, затрудненное или систематически недостаточное опорожнение кишечника. Для большинства детей хроническую задержку стула более чем на 36 часов рассматривают как запор. При этом время натуживания занимает более 25% от общего времени дефекации. Иногда при запоре может быть несколько дефекаций в день без чувства удовлетворения. Количество, цвет и консистенция фекалий значительно варьируют как у одного и того же ребенка, так и у детей одного возраста независимо от пищи и других условий.

Первородный кал (**меконий**) представляет собой темную, тягучую, клейкую массу. Когда начинается кормление молоком, выделяется зеленовато-коричневый творожистый кал, который через 4-5 дней приобретает желтовато-коричневый цвет. Частота дефекации у совершенно здоровых младенцев колеблется от 1 до 7 раз в сутки, цвет кала не имеет особого значения, за исключением примеси крови. У некоторых детей оформленный кал появляется только в 2-3-летнем возрасте. Редкий сухой кал наблюдается при нарушении заполнения или, чаще, опорожнения прямой кишки. Первая ситуация обусловлена слабостью перистальтики, например, при гипотиреозе, а также обструктивными явлениями (аномалии развития, болезнь Гиршпрунга). Задержка содержимого в кишечнике ведет к чрезмерной сухости и уменьшению объема каловых масс. По этой причине не «срабатывают» рефлексы, реализующие акт дефекации. Позывы на дефекацию находятся под контролем коры головного мозга, в осуществлении соответствующего рефлекса участвуют центры поясничного и крестцового отделов спинного мозга, а также рецепторы давления, находящиеся в мускулатуре прямой кишки. Поэтому причиной запора может быть поражение этих мышц, а также патология анального

сфинктера, препятствующая его расслаблению. У детей грудного и младшего возраста склонность к запорам обусловлена относительно большой длиной кишечника, при этом сигмовидная кишка примерно в 40% случаев занимает правое положение. Запор не оказывает, как правило, общего неблагоприятного действия на организм, хотя и он сам, и тревога окружающих взрослых могут повлиять на психоэмоциональную сферу ребенка. При продолжительном упорном запоре возникает опасность развития застойных явлений в мочеполовой системе. Преходящие запоры возникают чаще рефлекторно, например, после приступа желчной и почечной колики, при заболеваниях желудка, сердечно-сосудистой системы и др.

**Анальный зуд** – один из частых и тяжелых вариантов локализованного кожного зуда. Различают психогенный и симптоматический анальный зуд. При постоянном сильном, часто нестерпимом зуде у пациентов появляется бессонница, снижается работоспособность, развивается депрессия.

**Потеря крови через пищеварительный тракт** – всегда признак патологии, однако, и проглоченную кровь легко можно принять за признак кишечного кровотечения. Кровь матери может попасть в ЖКТ ребенка при кормлении грудью, при трещинах сосков. Дети могут проглатывать собственную кровь при кровотечении из носоглотки. Кровотечение может возникнуть в любом участке пищеварительного тракта, но наиболее часто источник его локализуется в нижнем отрезке пищевода, в желудке, ДПК и толстой кишке. Как правило, причиной кровотечения служит глубокое изъязвление слизистой оболочки с поражением внутриорганных сосудов. Помимо этого, причинами кровотечений являются аномалии развития сосудов и повышенное давление в портальной системе. Редкими причинами желудочно-кишечных кровотечений являются геморрагические синдромы. Если кровотечение возникло в пищеводе, желудке или ДПК, оно может проявиться кровавой рвотой. Под воздействием ферментов ЖКТ кровь темнеет, приобретая цвет кофейной гущи. Неизменная кровь в стуле указывает на потерю ее в дистальной части кишечника или на массивное кровотечение выше баугиниевой заслонки. Легкие или умеренные кровотечения из тонкой кишки могут проявляться меленой – черным, дегтеобразным стулом. Мелена также наблюдается при массивных кровотечениях из желудка и ДПК. Также следует отметить, что даже незначительное желудочно-кишечное кровотечение у детей может протекать бессимптомно, с постепенным развитием железодефицитной анемии.

**Увеличение размеров живота** может быть следствием снижения тонуса передней брюшной стенки, а также скопления в брюшной полости жидкости, газа или плотных масс. Асцитическая жидкость может быть трансудатом и экссудатом. Поражение любого органа брюшной полости может вызвать его диффузное увеличение или возникновение в нем объемных образований (кисты, другие аномалии строения, воспалительные инфильтраты, опухоли). К внутриполостным образованиям относят "каловые камни", которые пальпируются у некоторых страдающих запорами детей.



Многие заболевания сопровождаются диффузным увеличением печени и/или селезенки, нередко с развитием желтухи. **Иктеричность кожи и слизистых** обусловлена несвязанным билирубином, который образуется при распаде гемоглобина. Нарушения экскреции билирубина могут возникнуть как вследствие поражения гепатоцитов, так и при обструкции внутри- и внепеченочных желчных путей.

## 5. 2. Сестринский процесс при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей

Планы медицинского обслуживания предоставляют средства связи между средним медицинским персоналом, их пациентами (родителями или лицами их замещающими) и другими поставщиками медицинских услуг для достижения результатов в области здравоохранения. Без процесса планирования ухода за больными качество и последовательность в уходе за пациентом были бы потеряны.

Медицинская сестра, организуя сестринский уход, выбирает модель В. Хендерсон. Свои действия она обсуждает с пациентом и родителями /законными представителями.

План ухода за больными – это формальный процесс, который включает в себя правильное определение существующих потребностей, а также признание потенциальных потребностей или рисков. План ухода не может быть стандартизирован, в отличие от оказываемой услуги, т.к. проблемы, возникающие у пациента, могут меняться в течении суток по нескольку раз. Таким образом план сестринского ухода во многом ситуативен и индивидуален.

Понятия сестринского диагноза в нашей стране пока не существует как такового, но международным сообществом медицинских сестер ведутся работы в направлении стандартизации и унифицирования профессиональной сестринской терминологии как это принято во врачебном сообществе. В настоящее время в большинстве стран используется Международный классификатор сестринской практики (International Classification for Nursing Practice). В качестве сестринских диагнозов могут быть сформулированы только те проблемы пациента, решение которых входит в компетенции медицинской сестры.

*Цель сестринского процесса при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей:* своевременно выявлять настоящие и потенциальные проблемы, удовлетворять нарушенные жизненно важные потребности пациента, оказывать психологическую поддержку ребенку и его родителям или лицам их замещающим.

*Вероятные проблемы ребенка:*

1. Боли в животе различной интенсивности;
2. Диспептические расстройства;
3. Нарушение питания;
4. Нарушение физиологических отправления (понос, запор, метеоризм);

5. Нарушение переносимости физических и психических нагрузок;
6. Чувство беспокойства, связанное с отсутствием информации о заболевании и в связи с госпитализацией;
7. Чувство страха перед медицинскими манипуляциями, вмешательствами;
8. Дефицит общения с родными, сверстниками, друзьями;
9. Неспособность ребенка самостоятельно справиться с трудностями, возникшими в следствие заболевания и возможной госпитализации;
10. Риск возникновения осложнений.

*Возможные проблемы родителей:*

1. Дезадаптация и изменение стереотипа жизни семьи, связанные с заболеванием ребенка;
2. Дефицит знаний о заболевании и уходе;
3. Необходимость изменения традиций семейного питания и организация диетического питания для ребенка в домашних условиях;
4. Отсутствие адекватной оценки состояния здоровья ребенка;
5. Изменение внутрисемейных отношений;
6. Страх перед возможным развитием осложнений у ребенка.

*Проблемами у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта чаще всего являются:* острая боль, дефицит знаний, несбалансированное питание, тревожность, дефицит жидкости в организме.

1. Острая боль – неприятный сенсорный и эмоциональный опыт, возникающий в результате фактического или потенциального повреждения ткани сопровождающееся изменениями функций внутренних органов, двигательными безусловными рефлексам и волевыми усилиями, направленными на избавление от болевого фактора. Имеет внезапное или медленное начало любой интенсивности от легкой до тяжелой с ожидаемым или предсказуемым концом, облегчаемая приемом пищи или антацидными препаратами. Может быть связана с раздражением слизистой желудка соляной кислотой, вздутием живота, спазмом мышц, недавним применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) или ацетилсалициловой кислоты (АСК).

*Сопутствующие проблемы:* раннее чувство насыщения, нарушение аппетита, тошнота и рвота, потеря веса.

*Ожидаемые результаты сестринского ухода:*

- пациент сообщит об удовлетворительном контроле боли на уровне менее 2-4 по шкале от 0 до 10 (Приложение 7.);
- пациент/родители (законные представители) будут знать и использовать фармакологические и нефармакологические меры обезболивания;
- пациент будет чувствовать себя комфортно, ЧСС, АД и дыхание соответствуют возрастной норме, а также нормализуется мышечный тонус и осанка;
- будут решены психоэмоциональные проблемы пациента.

2. Тревожность (беспокойство) – смутное неприятное чувство дискомфорта или страха, сопровождаемое вегетативной реакцией. Может быть связана со страхом неизвестности, отсутствием знаний о заболевании,

ситуационным кризисом, стрессом, рецидивирующими эпизодами желудочно-кишечного кровотечения; рецидивирующими симптомами заболевания.

*Сопутствующие проблемы:* страх перед медицинскими манипуляциями, изменение жизненных стереотипов, усталость, раздражительность.

*Ожидаемые результаты сестринского ухода:*

- пациент/родители (законные представители) продемонстрирует знание способов снижения уровня тревоги.

3. Дефицит знаний – отсутствие или недостаток когнитивной информации, связанной с конкретной темой. Может быть связан с отсутствием объективной информации; новизной состояния; не применявшимися ранее у данного пациента методами диагностики и лечения.

*Сопутствующие проблемы:* использование недостоверных источников информации; отсутствие знаний о длительности лечения, прогнозе заболевания, необходимости изменения образа жизни; отсутствие вопросов со стороны пациента/родителей (законных представителей); отсутствие интереса к получению информации.

*Ожидаемые результаты сестринского ухода:*

- пациент/родители (законные представители) озвучивает понимание важности соблюдения плана лечения, знания о заболевании, приверженность лечению и управлению самообслуживанием.

4. Несбалансированное питание – меньшее, чем потребности организма потребление питательных веществ, недостаточность их для удовлетворения метаболических потребностей. Может быть связано с болью в животе, анорексией, диареей, желудочно-кишечными кровотечениями, тошнотой, рвотой.

*Сопутствующие проблемы:* несоблюдение диеты; нарушение всасывания железа, минералов и витаминов; потеря веса; отставание в физическом и нервно-психическом развитии.

*Ожидаемые результаты сестринского ухода:*

- пациент и родители (законные представители) озвучивают и демонстрируют выбор продуктов или блюд, которые позволят прекратить потерю веса;

- пациент будет весить в пределах возрастной нормы.

5. Дефицит жидкости в организме – при данной патологии может быть связан с желудочно-кишечным кровотечением, рвотой, диареей.

*Сопутствующие проблемы:* сухость кожи и слизистых, уменьшение объема выделяемой мочи, запоры, снижение перфузии тканей, ↓АД, ↑ЧСС.

*Ожидаемые результаты сестринского ухода:*

- у пациента будет нормоволемия, о чем свидетельствуют систолическое АД, превышающее или равное 90 мм рт. ст. (или базовый уровень пациента), отсутствие ортостаза, ЧСС от 60 до 100 ударов в минуту, выделение мочи более 30 мл /ч и нормальный тургор кожи.

## 6. 2.1. Сестринский уход при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей

Несмотря на успехи в диагностике, и лечении язвенной болезни желудка, это заболевание продолжает поражать молодое население. В детском возрасте распространенность язвенной болезни довольно значительна – от 2,1 до 6,5% в структуре неинфекционных гастроэнтерологических заболеваний, чаще встречается у школьников с одинаковой частотой у мальчиков и девочек. В пубертатном возрасте начинают проявляться гендерные различия, и мальчики заболевают чаще девочек.

Язвенная болезнь – гетерогенное заболевание гастродуоденальной зоны с рецидивирующим клиническим течением и чередованием периодов обострения и ремиссии, морфологически характеризующееся формированием локального язвенного дефекта слизистой оболочки желудка и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК) до подслизистой основы [9]. Термин «язвенная болезнь» («язвенный диатез») предложенный М. П. Кончаловским в 1922 году, получил международное признание («ulcus disease» – в англоязычных странах и «ulkuskrankheit» – у немецких авторов).

На протяжении длительного периода изучения ЯБ ученые, предлагали разные теории развития данного заболевания. В последние 20-30 лет многие зарубежные, а за ними и отечественные специалисты в большей степени склонны считать язвенную болезнь местным инфекционным процессом, обусловленным контаминацией слизистой желудка и/или луковицы двенадцатиперстной кишки *H. Pylori* – спиралевидной бактерии, открытой в 1983 г. австралийскими учеными В. J. Marshall и J. R. Warren. В течении ста лет наука продвигалась в следующем направлении: «нет кислоты – нет язвы», «нет НР – нет язвы» к «нет НР – нет НР-ассоциированной ЯБ». У большинства здоровых людей установлено присутствие в слизистой оболочке желудка 10-12 видов микроорганизмов в количестве - КОЕ/г, включая НР, у больных ЯБ это количество возрастает до 15-16 и только у 10% среда в желудке стерильная (Бондрь В.М., Мацулевич Т.В.). В настоящее время доминирует точка зрения, согласно которой происходит последовательное накопление факторов риска, их суммация. ЯБ развивается после достижения критической (пороговой) суммы факторов риска. Циммерман Я.С. предлагает рассматривать язвенную болезнь «как системное гастроэнтерологическое (а не инфекционное) заболевание с неизвестной (пока) этиологией и сложным патогенезом, в котором участвуют различные экзо- и эндогенные факторы» и считает НР лишь одним из местных факторов патогенеза НР-ассоциированной ЯБ, причем (в отличие от соляной кислоты) не облигатным, а факультативным, т.к. язвенная болезнь может развиваться без участия *H. pylori*.

Соотношение частоты встречаемости язв желудка и язв двенадцатиперстной кишки составляет 1:12-15. У детей и подростков как правило формируется язвенный дефект в антральном отделе и области луковицы двенадцатиперстной кишки. Не все язвы желудка являются язвенной болезнью. Язвы у детей первого года жизни фактически не относятся к

язвенной болезни в общепринятом понимании, так как у детей первого года жизни низкое содержание соляной кислоты и малоактивен «пептический» фактор, поэтому язвы не имеют клинической картины и связаны с сосудистыми нарушениями (так называемые трофические язвы). Язвенные дефекты у новорожденных, проявляющиеся выделением крови при срыгивании, так же являются симптоматическими, возникающими на фоне гипоксии и стресса. Помимо этого, симптоматические язвы могут возникнуть на фоне шока, травмы, операции, длительного применения ульцерогенных препаратов (аспирина, нестероидных противовоспалительных, кортикостероидов и др.).

Ведущим симптомом обострения ЯБ являются боли в области эпигастрия, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничной отдел позвоночника. Боли возникают сразу после приема пищи (при язвах кардиального и субкардиального отделов желудка), через 30-60 минут после еды (при язвах тела желудка), для поражений пилорического канала и луковицы ДПК характерны поздние боли, возникающие через 2-3 часа после приема пищи, «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после приема пищи, а т.ж. ночные боли. Боли проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов. Кроме болей часто отмечаются отрыжка кислым, тошнота, запоры. Рвота кислым желудочным содержимым, зачастую вызываемая пациентом искусственно, в настоящее время является редким симптомом. В период обострения пациенты не редко ограничивают себя в приемах пищи боясь усиления болей и поэтому теряют в весе, несмотря на повышенный аппетит. Для язвенной болезни характерна сезонность обострений (весной и осенью). При объективном обследовании выявляется болезненность при пальпации эпигастральной области, сочетающаяся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки и перкуторной болезненностью в этой области (симптом Менделя). У детей раннего возраста заболевание нередко протекает атипично. При этом, чем моложе ребенок, тем менее специфичны жалобы.

Впервые личность больного язвенной болезнью обрисовал Смотров В.Н. (1944 г). По его мнению, пациенты с язвенной болезнью желудка – активные люди, живущие в состоянии постоянного возбуждения, волнения и тревоги. Значимость учета личностных особенностей пациентов с язвенной болезнью желудка подчеркивал Черноруцкий М.В., указывая на их психическую возбудимость, предрасположенность к повышенной тревожности и внутреннему чувству неполноценности. Их психика лабильна, поэтому они гипертрофированно откликаются на внешние стрессоры и плохо противостоят жизненным трудностям, обладают предрасположенностью к аффективным вспышкам; высочайшей степенью тревожности, мнительности, склонны к развитию депрессивных синдромов. Пациенты обладают обостренным страхом перед болезненными манипуляциями, склонны к «уходу в болезнь» и формированию канцерофобии.

В основу лечения язвенной болезни положены рекомендации группы гастроэнтерологов во главе с Р. Malfertheiner, известные как Маастрихтский

консенсус. Для эрадикации НР предлагаются трехкомпонентная схема лечения, включающая один антисекреторный препарат (омепразол или его аналоги) и два антибактериальных препарата, а в случае неэффективности – четырехкомпонентную схему, при которой число АБП увеличивается до трех. В настоящее время ни одна из предложенных схем эрадикации не обеспечивает 100% уничтожения НР. Считается, что до 30% пациентов, получавших эрадикационную терапию, испытывают побочные эффекты, особенно это актуально для детей. Положительный эффект применения ноотропных препаратов, антидепрессантов, а т.ж. различных психотерапевтических методик демонстрируют многие специалисты [19].

*Цели ухода за пациентом с язвенной болезнью* включают в себя уменьшение или устранение боли, обеспечение комфорта, содействие оптимальному питанию, уменьшение беспокойства с повышением уровня знаний о заболевании, предотвращение рецидива язвы и предотвращение осложнений.

Оценка эффективности его при язвенной болезни во многом определяется успешностью реализации решения психоэмоциональных проблем пациента.

### **I этап. Сбор информации о пациенте**

Субъективные методы обследования:

*Характерные жалобы:* боли различной выраженности, зависящая от возраста, индивидуальных особенностей, состояния нервной и эндокринной системы пациента, анатомических особенностей язвенного дефекта, выраженности функциональных нарушений ЖКТ. Обычно боль локализована в эпигастральной и параумбиликальной области, иногда разлита по всему животу. Типична регулярность болей т.н. мойнигановский ритм (голод – боль, пища – облегчение), нередко боли принимают ночной и «голодный» характер. Диспептические расстройства в виде рвоты, отрыжки, тошноты, изжоги у детей встречаются редко (с увеличением продолжительности заболевания их частота увеличивается). Часто запоры, реже разжиженный стул. Нередко: быстрая утомляемость, раздражительность; плаксивость; головная боль; головокружение; снижение аппетита; недомогание; нарушение сна; повышенная потливость.

*История (анамнез) заболевания:* начало заболевания острое, часто после нервно-эмоционального напряжения, конфликтных ситуаций в семье или школе, алиментарных погрешностей, таких как нарушение режима питания (редкие приемы пищи, еда в сухомятку, второпях), несбалансированное по ингредиентам питание, употребление рафинированных продуктов, обладающих низкой буферной способностью, наличие в продуктах питания красителей, консервантов, нитратов, пестицидов и т.д., но может быть и постепенное, в т.ч. после перенесенных инфекционных заболеваний или при обострения хронического очага инфекции, инвазии простейшими и гельминтами.

*История (анамнез) жизни:* заболевший ребенок из группы риска (отягощенная наследственность по гастродуоденальной патологии; прием лекарственных препаратов: глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики; I группа крови).

Объективные методы обследования:

*Осмотр:* самочувствие ребенка нарушено, болезненность при поверхностной пальпации в эпигастральной области и пилородуоденальной зоне (в некоторых случаях разлитая болезненность в эпигастрии и области пупка), глубокая пальпация – затруднительна, положительный симптом Менделя (болезненность при легком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке), ребенок (часто) пониженного питания, кожные покровы бледные, язык обложен белым налетом, аппетит часто снижен, повышенная потливость ладоней и стоп, склонность к брадикардии, артериальной гипотонии, положительная ортоклиностагическая проба. Больным язвенной болезнью присущи характерные типологические признаки, которые можно отметить при общении с больным ребенком: повышенная возбудимость, эмоциональная лабильность, недисциплинированность, легкая психическая ранимость, чрезмерное самолюбие, эгоцентризм.

*Результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики* в динамике получаем из истории развития ребенка ф.112/У, карты диспансеризации ребенка ф. 030-Д/У или медицинской карте стационарного больного ф. 003/У. Патогномоничных для язвенной болезни лабораторных маркеров нет. Обязательными являются исследование уровня железа сыворотки крови, исследования кала на скрытую кровь и копрологическое исследование, определение антител к геликобактеру пилори (*Helicobacter pylori*) в крови, а т.ж. общий (клинический) анализ крови развернутый, анализ крови биохимический. В ОАК могут отмечаться: анемия, лейкопения, относительный нейтрофилез, эозинофилия, моноцитоз; в биохимии крови: ↓ уровня общего белка, диспротеинемия и др изменения; копрограмма – синдром вторичной мальабсорбции; кал на скрытую кровь (+). При оценке результатов, проведения внутрижелудочной рН-метрии в активную стадию не редко выявляются: базальная гиперацидность, отсутствие адекватной реакции на антацидный препарат, дуоденогастральный и/или гастроэзофагеальные рефлюксы. При ЯБДК кислотность, базальная и ночная секреции повышены, нарушена I фаза секреции. Результаты эзофагогастродуоденоскопии проведенные в I и II фазы заболевания, демонстрируют наличие язвенного дефекта и, как правило, положительный тест на *H. pylori*. Показано проведение комплексного ультразвукового исследования внутренних органов и при необходимости компьютерная томография органов брюшной полости

## **II этап. Выявление проблем больного ребенка**

*У пациента с язвенной болезнью могут нарушаться следующие потребности:*

1. употреблять соответствующее потребностям организма **количество пищи и жидкости** в следствии болей в животе, тошноты, рвоты, изжоги.
2. нарушение потребности **в сне и отдыхе** вызвано истощением нервной системы пациента, озабоченностью, волнением, стрессами в течение дня, а т.ж. из-за ночных болей в животе, дискомфорта в следствии госпитализации.

3. нарушение *двигательной активности* по причине болей в животе, повышенной утомляемости, слабости, головных болей, головокружения.
4. не редко нарушение потребность *выделять* по причине плохого аппетита, рвоты, тошноты, нарушения процессов пищеварения.
5. нарушается *потребность в общении* с другими людьми, возможность выражать свои эмоции, возникающая из-за переживаний по поводу госпитализации, лабильности настроения, психической ранимости, обидчивости, страха перед инвазивными вмешательствами.
6. соблюдать *личную гигиену*, заботиться о внешнем виде в следствии повышенной потливости, малолетнего возраста.

Поэтому появляются проблемы, требующие решения.

*Приоритетные проблемы:* боль в животе, страх перед медицинскими вмешательствами.

*Потенциальные проблемы:* риск развития осложнений (анемия, отставание в физическом и нервно-психическом развитии, тяжелая реакция на госпитализацию).

*Возможные проблемы родителей:*

- дефицит знаний о заболевании и уходе;
- плохое понимание нужд ребенка;
- необходимость обеспечения ребенка лечебным питанием;
- необходимость проведения длительных курсов лечения;
- необходимость динамического наблюдения ребенка специалистами.

### **III-IV этапы. Планирование и реализация сестринского ухода за пациентом в стационаре.**

Независимые и взаимозависимые вмешательства:

#### *1. Обеспечить право пациента на информацию.*

- Информировать родителей (законных представителей) о причинах развития заболевания, клинических проявлениях, особенностях течения, принципах лечения и профилактики, возможном прогнозе в рамках своих полномочий;

- Убедить родителей (законных представителей) и ребенка, если позволяет его возраст и состояние, в необходимости госпитализации в стационар для комплексного обследования и проведения адекватного лечения в рамках своих полномочий. Оказать помощь в адаптации ребенка в отделении;

- Обеспечить оформление информированного добровольного согласие на проведение медицинского вмешательства (дается родителями или законными представителями пациента, если ему нет 15 лет или он признан недееспособным).

- При возможности, обеспечить родителей печатной продукцией (буклеты, памятки) о диете, профилактике обострений и др.

Мотивация: Ребенок и его родственники имеют право на информацию.

#### *2. Обеспечивать атмосферу психологического комфорта и поддерживать у ребенка положительный эмоциональный фон.*

Реализация ухода:

- Продемонстрировать осведомленность о тревоге пациента.



- Познакомить ребенка с отделением, режимом дня.
- Заранее готовить ребенка с помощью терапевтической игры к лабораторным и инструментальным методам исследования, объясняя ему последовательность их выполнения, если есть возможность, то показать кабинет, где будет проводиться медицинская услуга, а также инструменты, приборы, шприцы, катетеры, эндоскоп и т.д.
- Использовать простые формулировки и краткие высказывания, при проведении инструкций пациенту.
- Поощрять открыто выражать свои опасения, связанные с заболеванием.
- Привлекать ребенка к осуществлению самоухода.
- Обучить пациента приемам борьбы с тошнотой и отрыжкой.
- Создать в палате атмосферу психологического комфорта, постоянно оказывать поддержку, познакомить со сверстниками по палате, своевременно удовлетворять физические и психологические потребности ребенка;
- Продемонстрировать осведомленность о тревоге пациента.

Мотивация: Охрана центральной нервной системы от избыточных внешних раздражителей. Создание максимальных условий комфорта. Уменьшение боли.

### *3. Организация досуга.*

Реализация ухода:

- Постоянно поддерживать у ребенка положительный эмоциональный настрой, давать соответствующие возрасту задания, занимать чтением книг, спокойными играми, поощрять познавательную деятельность;
- Рекомендовать родителям принести любимые книжки, игрушки, учебники (для школьников).
- Посоветовать родителям, как можно больше проводить времени в общении с ребенком.

Мотивация: Создание комфортных условий для скорейшего выздоровления. Удовлетворение потребности в общении. Психологическая поддержка ребенка, родителей или лиц их замещающих.

### *4. Создание комфортных условий в палате.*

Реализация ухода:

- Контролировать температурный режим в палате;
- Контролировать проведение влажной уборки и регулярного проветривания палаты;
- Контролировать регулярность смены постельного и нательного белья;
- Создание комфортного положения в постели;
- Контролировать соблюдение тишины в палате, отделении.

Мотивация: Удовлетворение физиологических потребностей во сне и отдыхе. Создание лечебно-охранительного режима.

### *5. Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий.*

Реализация ухода:

- Вовлекать родителей и ребенка (если позволяет возраст) в планирование и реализацию ухода: обучить правильному мытью рук, уходу за кожей,

волосами, проведению туалета наружных половых органов, смене нательного белья;

- Рекомендовать родителям принести гигиенические принадлежности, зубную пасту и щетку, расческу, достаточное количество чистого сменного белья, влажные салфетки для личной гигиены;

- Оказать помощь пациенту при рвоте.

Мотивация: Обеспечение санитарно-гигиенических мероприятий.

Удовлетворение потребности быть чистым.

*6. Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением диеты.*

Реализация ухода:

- Выяснить характер питания ребенка.

- Помочь пациенту (родителям) определить продукты, которые вызывают раздражение желудка.

- Объяснить важность сбалансированного питания с регулярными интервалами.

- Ознакомить родителей с основными принципами диетотерапии в острый период (диета 1, 1а, 1б, 2а, 2, 5р).

- Для обеспечения организма ребенка достаточным количеством жидкости, предложить родителям дополнительно предлагать ребенку до 1-1,5 литров жидкости в день (кипяченая вода, минеральные воды слабощелочные не газированные, фиточай).

- Рекомендовать родителям не предлагать ребенку продукты, раздражающие желудок, являющиеся облигатными аллергенами; не кормить ребенка насильно, если он отказывается от пищи.

- В периоде клинико-лабораторной ремиссии рекомендовать постепенное расширение диеты.

Мотивация: Удовлетворение физиологической потребности в пище и воде. Устранение интоксикации.

*7. Оказать помощь при боли в области желудка.*

- Оцените боль пациента, включая местоположение, характеристики, провоцирующие факторы, начало, продолжительность, частоту, качество, интенсивность и серьезность. При оценке боли учитываются невербальные знаки со стороны пациента, возраст, уровень его развития и интеллекта, возможность аггравации. Для оценки интенсивности боли медицинская сестра может использовать любой, удобный для неё, опросник или шкалу боли (Приложение 7).

- Обучите и поощряйте использование нефармакологических обезболивающих мер, например, таких как: точечный массаж, биоуправление, отвлечение, управляемые образы, массаж, музыкотерапия и др.

Мотивация: Пациент сообщит об удовлетворительном контроле боли на уровне менее 2-4 по шкале от 0 до 10. Пациент (самостоятельно или при помощи родителей) использует фармакологические и нефармакологические меры обезболивания. Пациент будет чувствовать себя комфортно, ЧСС, АД и дыхание соответствуют возрастной норме, а также нормализуется мышечный тонус и осанка.

### *8. Выполнять назначения врача.*

Зависимые сестринские вмешательства:

- Проведение контроля назначенной лекарственной терапии: антациды; антибиотики, такие как: амоксициллин, кларитромицин, метронидазол, тетрациклин; антагонисты гистаминовых рецепторов; аналоги простагландина; ингибиторы протонной помпы.

- Проводить подготовку пациента к проведению медицинских услуг: инвазивным и неинвазивным исследованиям и вмешательствам.

Реализация ухода:

- Проводить выпаивание препаратов per os в назначенной дозе, регулярно по времени;

- Убедить пациента и /или родителей (законных представителей) в необходимости приема антацидных, антимикробных препаратов;

- Рассказать о возможных побочных эффектах лекарственных препаратов, в рамках своих полномочий;

- Обучить родителей и или/ребенка правилам подготовки к различным исследованиям;

- Перед каждым медицинским вмешательством успокоить ребенка/родителей (законных представителей), объяснить цели и ход проведения исследования или вмешательства, научить как должен вести себя ребенок во время проводимой процедуры. Провести психологическую подготовку ребенка в соответствии с возрастом, возможно использование методики «терапевтическая игра», а т. ж. схем, рисунков, муляжей органов, демонстрации оборудования, оснащения и т.д.

- Сопроводить ребенка на исследование; присутствовать (с разрешения врача родители могут присутствовать при проведении медицинской услуги) и осуществлять поддержку ребенку во время процедуры, обеспечивая его физиологические потребности (дышать, поддерживать t°C тела и т.д.); после проведения медицинского вмешательства, успокоить ребенка, похвалить, обеспечить телесный контакт с родителями; уложить в постель, согреть, проконтролировать состояние, покормить.

Мотивация: Осуществление этиотропного лечения. Ликвидация болей в желудке. Профилактика осложнений. Раннее выявление побочных эффектов препаратов. Диагностика заболевания. Контроль эффективности проводимого лечения.

### *9. Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией пациента на лечение*

Независимые вмешательства.

Реализация ухода:

- Попросить пациента (родителей) немедленно сообщить о симптомах тошноты, рвоты, головокружения, одышки или темного дегтеобразного стула.

- Термометрия общая утром и вечером, контроль АД, ЧСС, заполнение температурного листа ф. 004/У;

- Контролировать уровень гемоглобина и гематокрита (кровотечение приводит к снижению гемоглобина и гематокрита, уменьшается перфузия тканей, образуется патологический круг и заживление эрозии слизистой замедляется);

- Мониторинг лабораторных значений сывороточного альбумина (этот тест показывает степень белкового истощения)

- Контролировать аппетит ребенка.

При ухудшении общего состояния срочно сообщить лечащему или дежурному врачу.

Мотивация: Контроль эффективности проводимого лечения и ухода. Раннее выявление и профилактика осложнений.

#### **V этап. Оценка эффективности ухода**

При правильной организации сестринского ухода ремиссия наступает в установленные сроки, пациент выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра в детской поликлинике по месту жительства. Дети с язвенной болезнью наблюдаются до передачи во взрослую поликлинику.

Пациент и его родители должны быть проинформированы об особенностях режима и диеты, которые должен соблюдать ребенок после выписки из стационара, о необходимости диспансерного учета и строгом соблюдении всех рекомендаций (Приложение 3). Участковый врач наблюдает 1 раз в квартал, а весной и осенью, в период предполагаемого обострения – ежемесячно. При стойкой ремиссии – 2 раза в год. Госпитализация для обследования и противорецидивной терапии 1-2 раза в год. Вакцинацию детей проводят через год после обострения.

*Первичная профилактика ЯБ* включает контроль состояния верхних отделов ЖКТ (особенно у детей с отягощенной наследственностью по ЯБ), эпидемиологические мероприятия, направленные на предотвращение заражения *Helicobacter pylori*, контроль соблюдения адекватного возрасту режима и качества питания, пропаганду здорового образа жизни, а т.ж. коррекцию вегетативных дисфункций.

## **7. 2.2. Сестринский уход при хроническом гастродуодените у детей**

ХГД самая частая патология органов пищеварения и составляет 80% от всех заболеваний желудочно-кишечного тракта. Частота ХГД (гастрита) у школьников составляет 4-20%. Тесная анатомо-физиологическая взаимосвязь желудка и двенадцатиперстной кишки, общность их иннервации, лимфо- и кровообращения, а также особенности нейрогуморальной регуляции обуславливают сочетанное их поражение в форме гастродуоденитов. Изолированное поражение желудка или двенадцатиперстной кишки в детском возрасте наблюдаются редко, как правило, представляя начальную стадию болезни. Хронический гастрит и дуоденит в изолированном виде встречается – в 10-15% случаев.

Хронический гастродуоденит – это хроническое рецидивирующее очаговое или диффузное воспаление слизистой (подслизистой) оболочки желудка и двенадцатиперстной

кишки с нарушением физиологической регенерации, склонный к прогрессированию, развитию атрофии и секреторной недостаточности, лежащих в основе нарушения пищеварения и обмена веществ [9].

Хронический гастродуоденит полиэтиологичен, всегда бывает трудно выделить первопричину заболевания. Часто за нее принимают повод, приводящий в движение уже сформированный в соответствующих условиях пусковой механизм болезни, состоящий из причинно-следственных связей. Пищеварительный тракт является точкой приложения адаптационного синдрома Селье со всеми коллизиями его разрешения, вплоть до язвообразования. Воспалительный процесс у детей прикрыт мощными механизмами защиты и компенсации. Одним из них является метаплазия – перестройка железистого аппарата желудка и двенадцатиперстной кишки в ответ на любой раздражитель – от гипоксии до механического и химического повреждения. Но эта «маневренность» детского организма имеет оборотную сторону – хрупкость, повреждаемость.

Среди этиологических факторов развития гастродуоденита особое значение отводится *алиментарным погрешностям*: редкие приемы пищи, еда в сухом виде, торопливая еда, плохое пережевывание пищи, раннее искусственное вскармливание, примесь в продуктах питания химических веществ (красители, консерванты, нитраты, пестициды, медикаменты и т.д.), употребление несбалансированной пищи (злоупотребление острыми приправами, изделиями из теста, дефицит витаминов в пище), рафинированных продуктов, обладающих низкой буферной способностью.

Большое значение в развитии гастродуоденальной патологии у детей имеет снижение общей сопротивляемости организма в следствие частых ОРВИ, наличия очагов хронической инфекции, инвазии простейшими и гельминтами.

Хеликобактерная инфекция (НР) принимает участие в развитии ХГД в более чем в 70% случаев, при поверхностных поражениях слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки выявляется у 30-80% детей, а при эрозивно-язвенных процессах – у 90-100%. К эндогенным факторам причисляют: заболевания других органов системы пищеварения, эндокринную патологию, нарушения ЦНС, заболевания обмена веществ. На долю аутоиммунного гастрита приходится 40% всех случаев заболеваний у детей.

Клиническая картина обострения хронического гастродуоденита складывается из 2 основных синдромов: болевого и диспептического.

Боль в животе различна по интенсивности, может быть ранней (возникает вовремя или через 10-20 минут после еды), поздней (беспокоит больного ребенка на голодный желудок или спустя 1-1,5 ч после приема пищи). Локализована боль, как правило, в эпигастральной и пилорoduоденальной областях. Возможна иррадиация боли в левое подреберье, левую половину грудной клетки и руку.

Среди диспептических симптомов наиболее часто возникают отрыжка, тошнота, рвота, нарушение аппетита.

*Цели ухода за пациентом с хроническим гастродуоденитом* включают в себя уменьшение или устранение боли, обеспечение комфорта, содействие оптимальному питанию и предотвращение развития осложнений.

### **I этап. Сбор информации о пациенте**

Субъективные методы обследования:

*Характерные жалобы*: боли в эпигастральной области и параумбиликальной зоне, иногда иррадиирующие в левое подреберье, левую половину грудной клетки и руку; раннее чувство насыщения, распирания желудка, тяжести в эпигастральной области; часто запоры; аппетит сохранен или повышен; быстрая утомляемость, раздражительность; плаксивость; головная боль; головокружение; недомогание; нарушение сна; потливость ладоней и стоп.

*История (анамнез) заболевания:* начало заболевания острое, часто на фоне алиментарных погрешностей, интеркуррентных заболеваний.

*История (анамнез) жизни:* заболевший ребенок из группы риска (отягощенная наследственность по гастродуоденальной патологии; прием лекарственных препаратов: глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики; I группа крови).

Объективные методы обследования:

*Осмотр:* самочувствие ребенка нарушено, болезненность при поверхностной пальпации в эпигастральной области и параумбиликальной зоне, положительный симптом Менделя (болезненность при легком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке), ребенок может иметь избыточный, нормальный или пониженный вес (зависит от длительности заболевания, частоты возникновения обострений), кожные покровы бледные, язык обложен белым налетом, повышенная потливость, брадикардия, дыхательная аритмия, положительная проба Ашнера (при надавливании на глазные яблоки, пульс урежается более чем на 10-15 уд/мин).

*Результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики* в динамике получаем из истории развития ребенка ф.112/У, карты диспансеризации ребенка ф. 030-Д/У или медицинской карте стационарного больного ф. 003/У. Обязательными являются исследования – общий анализ крови развернутый, исследования кала на скрытую кровь, определение антител к *Helicobacter pylori*, исследование материала желудка на наличие *H. pylori*, полученного при проведении эзофагогастродуоденоскопии и комплексное ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

## **II этап. Выявление проблем больного ребенка**

У пациента с гастродуоденитом в период обострения могут нарушаться следующие потребности:

1. нарушение **потребности в сне и отдыхе** может быть вызвано истощением нервной системы пациента, повышенной раздражительностью, волнением, стрессами в течение дня, дискомфортом в следствии госпитализации.
2. нарушение **двигательной активности** по причине болей в животе, снижения устойчивости к нагрузкам, головных болей.
3. не редко возникает нарушение **потребность выделять** по причине нарушения процессов пищеварения, рвоты, тошноты.
4. нарушается **потребность в общении** с другими людьми, возможность выражать свои эмоции, возникающая из-за переживаний по поводу госпитализации, повышенной возбудимости, раздражительности, плаксивости, страха перед инвазивными вмешательствами, разлуки с родителями.

Поэтому появляются проблемы, требующие решения.

*Приоритетная проблема:* боль.

*Потенциальные проблемы:* риск развития осложнений (анемия, тяжелая реакция на госпитализацию).

*Возможные проблемы родителей:*

- дефицит знаний о заболевании и уходе;
- плохое понимание нужд ребенка;
- необходимость обеспечения ребенка лечебным питанием;
- необходимость проведения длительных курсов лечения.

*Вероятные осложнения:*

- высокий риск обострений;
- риск возникновения побочных эффектов при нарушении применения антацидов (алкалоз, азотемия, гиперкальциемия);

- риск развития анемии;
- развитие осложнений (ГЭРБ, атрофические изменения СОЖ).

### **III-IV этапы. Планирование и реализация сестринского ухода за пациентом в стационаре.**

Независимые и взаимозависимые вмешательства:

#### *1. Обеспечить право пациента на информацию.*

- Информировать родителей (законных представителей) о причинах развития заболевания, клинических проявлениях, особенностях течения, принципах лечения и профилактики, возможном прогнозе в рамках своих полномочий;

- Убедить родителей (законных представителей) и ребенка, если позволяет его возраст и состояние, в необходимости госпитализации в стационар для комплексного обследования и проведения адекватного лечения в рамках своих полномочий. Оказать помощь в адаптации ребенка в отделении;

- Обеспечить оформление информированного добровольного согласие на проведение медицинского вмешательства (дается родителями или законными представителями пациента, если ему нет 15 лет или он признан недееспособным).

- При необходимости обеспечить родителей памятками, буклетами.

Мотивация: Ребенок и его родственники имеют право на информацию.

#### *2. Обеспечивать атмосферу психологического комфорта и поддерживать у ребенка положительный эмоциональный фон.*

Реализация ухода:

- Познакомить ребенка с отделением, режимом дня.

- Заранее готовить ребенка, в том числе с применением методики терапевтической игры, к лабораторным и инструментальным методам исследования, объясняя ему последовательность их выполнения, если есть возможность, то показать кабинет, где будет проводиться медицинская услуга, а также инструменты, приборы, оснащение и т.д.

- Использовать простые формулировки и краткие высказывания, при проведении инструкций пациенту.

- Поощрять открыто выражать свои опасения, связанные с заболеванием.

- Привлекать ребенка к осуществлению самоухода.

- Обучить пациента приемам борьбы с тошнотой.

- Создать в палате атмосферу психологического комфорта, постоянно оказывать поддержку, познакомить со сверстниками по палате, своевременно удовлетворять физические и психологические потребности ребенка;

Продемонстрировать заинтересованность в решении проблем, возникающих у ребенка во время нахождения в стационаре.

Мотивация: Охрана центральной нервной системы от избыточных внешних раздражителей. Создание максимальных условий комфорта. Уменьшение боли.

#### *3. Организация досуга.*

Реализация ухода:

- Постоянно поддерживать у ребенка положительный эмоциональный настрой, давать соответствующие возрасту задания, занимать чтением книг, спокойными играми, поощрять познавательную деятельность;

- Рекомендовать родителям принести любимые книжки, игрушки, учебники (для школьников).

- Посоветовать родителям, как можно больше проводить времени в общении с ребенком.

Мотивация: Создание комфортных условий для скорейшего выздоровления. Удовлетворение потребности в общении. Психологическая поддержка ребенка, родителей или лиц их замещающих.

#### *4. Создание комфортных условий в палате.*

Реализация ухода:

- Контролировать температурный режим в палате;
- Контролировать проведение влажной уборки и регулярного проветривания палаты;
- Контролировать регулярность смены постельного и нательного белья;
- Создание комфортного положения в постели;
- Контролировать соблюдение тишины в палате, отделении.

Мотивация: Удовлетворение физиологических потребностей во сне и отдыхе. Создание лечебно-охранительного режима.

#### *5. Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий.*

Реализация ухода:

- Вовлекать родителей и ребенка (если позволяет возраст) в планирование и реализацию ухода: обучить правильному мытью рук, уходу за кожей, волосами, проведению туалета наружных половых органов, смене нательного белья;
- Рекомендовать родителям принести гигиенические принадлежности: зубную щетку и пасту, расческу, достаточное количество чистого сменного белья и одежды, влажные салфетки для личной гигиены;
- Оказать помощь пациенту при рвоте.

Мотивация: Обеспечение санитарно-гигиенических мероприятий. Удовлетворение потребности быть чистым.

#### *6. Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением диеты.*

Реализация ухода:

- Выяснить характер питания ребенка.
- Помочь пациенту (родителям) определить продукты, которые вызывают раздражение желудка.
- Объяснить важность сбалансированного питания с регулярными интервалами.
- Ознакомить родителей с основными принципами диетотерапии в острый период (диета 1 по Певзнеру).
- Для обеспечения организма ребенка достаточным количеством жидкости, предложить родителям дополнительно предлагать ребенку до 1-1,5 литров жидкости в день (кипяченая вода, минеральные воды слабощелочные не газированные, фиточаи).
- Рекомендовать родителям не предлагать ребенку продукты, раздражающие желудок, являющиеся облигатными аллергенами; не кормить ребенка насильно, если он отказывается от пищи.
- В периоде клинико-лабораторной ремиссии рекомендовать постепенное расширение диеты.

Мотивация: Удовлетворение физиологической потребности в пище и воде. Устранение интоксикации.

#### *7. Выполнять назначения врача.*

Зависимые сестринские вмешательства:

- Проведение контроля назначенной лекарственной терапии: антациды; антибиотики, такие как: амоксициллин, кларитромицин, метронидазол, тетрациклин; антагонисты гистаминовых рецепторов; аналоги простагландина; ингибиторы протонной помпы.
- Проводить подготовку пациента к проведению медицинских услуг: инвазивным и неинвазивным исследованиям и вмешательствам.

Реализация ухода:



- Проводить выпаивание препаратов per os в назначенной дозе, регулярно по времени;

- Убедить пациента и/или родителей (законных представителей) в необходимости применения антацидных, антимикробных препаратов в назначенных дозировках;

- При возникновении вопросов рассказать о возможных побочных эффектах лекарственных препаратов в рамках своих полномочий;

- Обучить родителей и или/ребенка правилам подготовки к различным исследованиям;

- Перед каждым медицинским вмешательством успокоить ребенка/родителей, объяснить цели и ход проведения исследования или вмешательства, обучить поведению во время проводимой процедуры. Психологическая подготовка ребенка проводится в соответствии с возрастом, возможно использование методики терапевтической игры, а т. ж. схем, рисунков, демонстрация оборудования и т.д.

- Сопроводить ребенка на исследование; присутствовать (разрешить родителям присутствовать) и осуществлять поддержку ребенку во время процедуры; после проведения медицинского вмешательства, успокоить ребенка, похвалить, обеспечить телесный контакт с родителями; уложить в постель, согреть, проконтролировать состояние, покормить.

Мотивация: Осуществление этиотропного лечения. Ликвидация болей в желудке. Профилактика осложнений. Раннее выявление побочных эффектов препаратов. Диагностика заболевания. Контроль эффективности проводимого лечения.

#### 8. Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией пациента на лечение

Независимые вмешательства.

Реализация ухода:

- Убедить пациента (родителей) немедленно сообщить о симптомах тошноты, рвоты, головокружения, одышки или темного дегтеобразного стула.

- Термометрия общая утром и вечером, контроль АД, ЧСС, заполнение температурного листа ф. 004/У;

- Контролировать аппетит и самочувствие ребенка.

- При ухудшении общего состояния срочно сообщить лечащему или дежурному врачу.

Мотивация: Контроль эффективности проводимого лечения и ухода. Раннее выявление и профилактика осложнений.

#### **V этап. Оценка эффективности ухода**

При правильной организации сестринского ухода ремиссия наступает в установленные сроки, пациент выписывается в удовлетворительном состоянии под наблюдение участкового педиатра в детской поликлинике по месту жительства. Дети с хроническим гастродуоденитом наблюдаются мин. до 14 лет. Пациент и его родители должны быть проинформированы об особенностях диеты, которые должен соблюдать ребенок после выписки из стационара, о необходимости диспансерного учета и строгом соблюдении всех рекомендаций

*Профилактика* хронического гастродуоденита состоит из эпидемиологических мероприятий, направленных на предотвращение заражения *Helicobacter pylori*, кишечными инфекциями, глистно-паразитарными инвазиями, организации рационального вскармливания и адекватного питания, формировании здорового образа жизни. Помимо этого, ребенку, страдающему ХГ и ХГД, необходима консультация гастроэнтеролога 2 раза в год (чаще в осенне-весенний период) (Приложение 3.) и лечение «по требованию» при возникновении тех или иных симптомов заболевания. Ребенок освобождается от спортивных соревнований. Профилактические прививки через 6-12 мес. после обострения.

## 8. 2.3. Сестринский уход при дисфункциональных расстройствах билиарного тракта у детей

Дисфункциональные расстройства билиарного тракта это комплекс клинических симптомов, развивающихся в результате моторно-тонической дисфункции желчного пузыря, желчных протоков и сфинктеров. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта подразделяют на 2 основных типа:

- 1) Дисфункция желчного пузыря;
- 2) дисфункция сфинктера Одди.

Дисфункция сфинктера Одди – нарушение нормальной сократительной активности сфинктера Одди, следствием которого является нарушение оттока желчи и сока поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку (ДПК).

Различают первичные и вторичные дисфункциональные расстройства билиарного тракта. В происхождении первичных дисфункций билиарного тракта могут иметь значение:

- 1) детские психогении и невротизация личности, гормональные дисфункции (начало менструаций);
- 2) систематическое нарушение режима питания;
- 3) неадекватное и несбалансированное питание;
- 4) детские бактериальные и вирусные инфекции и интоксикации;
- 5) глистные инвазии;
- 6) пищевая и лекарственная аллергия.

Вторичные дисфункции билиарного тракта развиваются в результате:

- 1) органических заболеваний пищеварительной системы (желудка и ДПК, тонкого и толстого кишечника, поджелудочной железы, желчного пузыря и печени);
- 2) послеоперационных состояний (резекция желудка, наложение анастомозов, ваготомия);
- 3) заболеваний других органов и систем в результате патологических висцеро-висцеральных рефлексов (диабет, миотония и др.).

В структуре заболеваний желчевыводящих путей у детей частота первичных дисфункций билиарного тракта составляет 24%.

Для нормального желчеотделения необходимы следующие условия:

1. ненарушенная функция печени, адекватный синтез и секреция желчных кислот;
2. сохранение концентрационной функции желчного пузыря;
3. сохранение моторной функции желчного пузыря;
4. адекватное функционирование сфинктерного аппарата билиарной системы;
5. отсутствие проявлений дуоденостаза.

Нарушения функционирования этой системы чаще возникают на фоне общего невроза, дизэнцефального вегетативного криза, вирусного гепатита, других инфекций и интоксикаций.

В норме желчный пузырь выполняет важные функции (табл. 2.) по обеспечению нормального пищеварения и выделению желчи.

Таблица 2.

Функции желчного пузыря

Функции	Субстраты
Накопительная	Желчь
Концентрационная	Всасывание воды
Реабсорбционная	Аминокислоты, альбумин, неорганические вещества
Сократительная	Передвижение желчи
Секреторная	Слизь, ферменты, электролиты
Ферментативная	Ускорение действия панкреатической липазы

Гормональная	Выделение антихолецистокинина
Регуляторная	Поддержание состава желчи

Дискинезии занимают второе место в структуре всех гастроэнтерологических заболеваний в детской практике после хронического гастродуоденита. Частота ДЖВП составляет от 50-60% до 90-95% при различных заболеваниях органов пищеварения. Изолированные ДЖВП встречаются у детей раннего и дошкольного возраста.

*Цели ухода за пациентом с дискинезией желчевыводящих путей* включают в себя уменьшение или устранение боли, обеспечение комфорта, содействие оптимальному питанию и предотвращение развития осложнений.

### **I этап. Сбор информации о пациенте**

Субъективные методы обследования:

*Характерные жалобы:* боли в области правого подреберья, приступообразные, колющие или ноющие, усиливающиеся при ходьбе и провоцируются погрешностями в диете. Диспептические проявления представлены: снижением аппетита, тошнотой, рвотой, отрыжкой, горечью во рту, изменениями частоты стула и т.д. Часто могут звучать жалобы на потливость, сердцебиение. Следует иметь в виду, что при всех вариантах дискинезии болевые ощущения могут вообще отсутствовать, а кинические проявления заболевания могут маскироваться проявлениями основной патологии в системе пищеварения. В зависимости от типа нарушения моторики, некоторые проявления заболевания могут различаться.

*Гипермоторная дискинезия:* боли в правом подреберье без иррадиации, кратковременные, колющие, схваткообразные, связанные с физическим перенапряжением и отрицательными эмоциями. У детей старшего возраста боли иррадируют в спину и под правую лопатку. Боли проходят или самостоятельно, или после приема спазмолитиков.

*Гипомоторная дискинезия:* тупые, длительные, ноющие боли, тошнота, отрыжка изжога.

*История (анамнез) заболевания:* Гипермоторная дискинезия: постепенное начало заболевания, часто прослеживается связь с нервно-эмоциональным напряжением, гипокинезией, гипотонией, гиподинамией, дисгормональными нарушениями, инфекциями, наличием заболеваний ЖКТ, наследственная предрасположенность.

*Гипомоторная дискинезия:* проявления заболевания возникают при нарушении режима питания, переохлаждении.

*История (анамнез) жизни:* при ДЖВС у 82% больных имелись нарушения интранатального периода с последующим развитием гипертензионно-гидроцефального синдрома, синдрома малых мозговых дисфункций, гипервозбудимости, эписиндрома. 64% детей находились на раннем и к тому же неправильном искусственном вскармливании; у 59% имелись указания на частые инфекции, в том числе и кишечные, бесконтрольное применение антибиотиков.

Объективные методы обследования:

*Осмотр:* у таких детей часто выявляют: двигательную расторможенность, потливость, гиподинамию, замкнутость, склонность к самообвинению. Часто выявляются пузырьные симптомы: Ортнера, Керра, Егорова, френитус-симптом и др. Характер астеновегетативных проявлений очень разнообразен и зависит от вида вегетативных нарушений (ваготония или симпатикотония).

*Результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики* в динамике получаем из истории развития ребенка ф.112/У, карты диспансеризации ребенка ф. 030-Д/У или медицинской карте стационарного больного ф. 003/У.

Анализ крови – при ДСЖВ изменения, как правило не выявляются. Наличие воспалительных изменений в анализе крови требует исключения холецистита и других заболеваний воспалительного характера.

Биохимическое исследование крови – при холестазах увеличивается уровень общего и прямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, ЛДГ, иногда незначительное повышение уровней трансаминаз. Лабораторные исследования необходимо проводить во время или не позднее 6 ч. после окончания болевого приступа, а т.ж. в динамике.

УЗИ – для оценки функционального состояния протоков и сфинктерного аппарата метод является малоинформативным.

Динамическая холесцинтиграфия – позволяет выявить: начальные функциональные изменения в желчных путях, рефлюксы в желчные протоки, определить нефункционирующий желчный пузырь, выявить нарушение оттока желчи.

Золотой стандарт исследования – манометрия сфинктера Одди с отдельным канюлированием панкреатического и желчного сегментов (сложное и небезопасное для ребенка исследование).

## **II этап. Выявление проблем больного ребенка**

У пациента при дисфункциональных расстройствах билиарного тракта могут нарушаться следующие потребности:

1. употреблять соответствующее потребностям организма количество **пищи и жидкости** в следствии болей, снижения аппетита, тошноты, рвоты, ощущения горечи во рту.
2. нарушение **потребности в сне и отдыхе** вызвано болевым синдромом.
3. нарушение **двигательной активности** по причине усиления болей во время движения.
4. не редко нарушение **потребности выделять** по причине нарушения процессов пищеварения.
5. нарушается **потребность в общении** с другими людьми, возможность выражать свои эмоции, возникающая из-за замкнутости, страха перед инвазивными вмешательствами.
6. **соблюдать личную гигиену**, заботиться о внешнем виде в следствии повышенной потливости, малолетнего возраста.

Поэтому появляются проблемы, требующие решения.

*Приоритетные проблемы:* боль в животе, тошнота, жидкий стул или запор.

*Потенциальные проблемы:*

- риск развития осложнений;
- снижение познавательной активности ребенка.

*Возможные проблемы родителей:*

- дефицит знаний о заболевании и уходе;
- плохое понимание нужд ребенка;
- необходимость обеспечения ребенка лечебным питанием;
- изменение стереотипа и традиций питания в семье;

*Вероятные осложнения:*

- образования билиарного сладжа или конкрементов во внепеченочной билиарной системе.

## **III-IV этапы. Планирование и реализация сестринского ухода за пациентом в стационаре.**

Независимые и взаимозависимые вмешательства:

1. *Обеспечить право пациента на информацию.*

- Информировать родителей (законных представителей) о причинах развития заболевания, клинических проявлениях, особенностях течения, принципах лечения и профилактики, возможном прогнозе в рамках своих полномочий;

- Убедить родителей (законных представителей) и ребенка, если позволяет его возраст и состояние, в необходимости госпитализации в стационар для комплексного обследования и проведения адекватного лечения в рамках своих полномочий (госпитализация показана при вторичных дискинезиях). Оказать помощь в адаптации ребенка в отделении;

- Обеспечить оформление информированного добровольного согласие на проведение медицинского вмешательства (дается родителями или законными представителями пациента, если ему нет 15 лет или он признан недееспособным).

- При необходимости обеспечить родителей памятками, буклетами.

Мотивация: Ребенок и его родственники имеют право на информацию.

*2. Обеспечивать атмосферу психологического комфорта и поддерживать у ребенка положительный эмоциональный фон.*

Реализация ухода:

- Познакомить ребенка с отделением, режимом дня.

- Заранее готовить ребенка, в том числе с применением методики терапевтической игры, к лабораторным и инструментальным методам исследования, объясняя ему последовательность их выполнения, если есть возможность, то показать кабинет, где будет проводиться медицинская услуга, а также инструменты, приборы, оснащение и т.д.

- Использовать простые формулировки и краткие высказывания, при проведении инструкций пациенту.

- Поощрять открыто выражать свои опасения, связанные с заболеванием.

- Привлекать ребенка к осуществлению самоухода.

- Обучить пациента приемам борьбы с тошнотой, отрыжкой, горечью во рту.

- Создать в палате атмосферу психологического комфорта, постоянно оказывать поддержку, познакомить со сверстниками по палате, своевременно удовлетворять физические и психологические потребности ребенка;

Продемонстрировать заинтересованность в решении проблем, возникающих у ребенка во время нахождения в стационаре.

Мотивация: Охрана центральной нервной системы от избыточных внешних раздражителей. Создание максимальных условий комфорта. Уменьшение боли. Профилактика гиподинамии и дефицита общения.

*3. Организация досуга.*

Реализация ухода:

- Постоянно поддерживать у ребенка положительный эмоциональный настрой, давать соответствующие возрасту задания, занимать чтением книг, спокойными играми, поощрять познавательную деятельность;

- Рекомендовать родителям принести любимые книжки, игрушки, учебники (для школьников).

- Посоветовать родителям, как можно больше проводить времени в общении с ребенком.

Мотивация: Создание комфортных условий для скорейшего выздоровления. Удовлетворение потребности в общении. Психологическая поддержка ребенка, родителей или лиц их замещающих.

*4. Создание комфортных условий в палате.*

Реализация ухода:

- Контролировать температурный режим в палате;

- Контролировать проведение влажной уборки и регулярного проветривания палаты;
- Контролировать регулярность смены постельного и нательного белья;
- Контролировать соблюдение тишины в палате, отделении.

Мотивация: Удовлетворение физиологических потребностей во сне и отдыхе.

Создание лечебно-охранительного режима.

*5. Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий.*

Реализация ухода:

- Вовлекать родителей и ребенка (если позволяет возраст) в планирование и реализацию ухода: обучить правильному мытью рук, уходу за кожей, волосами, проведению туалета наружных половых органов, смене нательного белья;

- Рекомендовать родителям принести гигиенические принадлежности, зубную щетку и пасту, расческу, достаточное количество чистого сменного белья, влажные салфетки для личной гигиены;

- Оказать помощь пациенту при рвоте.

Мотивация: Обеспечение санитарно-гигиенических мероприятий. Удовлетворение потребности быть чистым.

*6. Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением диеты.*

Реализация ухода:

- Выяснить характер питания ребенка.

- Объяснить важность сбалансированного питания с регулярными интервалами.

- Ознакомить родителей с основными принципами диетотерапии.

Диетические рекомендации занимают ведущее место в профилактике образования билиарного сладжа или конкрементов во внепеченочной билиарной системе у пациентов с дисфункциональными расстройствами билиарного тракта:

1. Ограничить (но не полное исключение) продукты, содержащие холестерин (жиры животного происхождения) и жирные кислоты (жиры, прошедшие термическую обработку свыше 100 °С – жареные продукты);

2. Регулярный 4-6 кратный прием пищи способствует нормализации давления в ДПК, регуляции опорожнения желчного пузыря и протоковой системе.

3. Из рациона исключить газированные напитки, копченые, жирные и жареные блюда и приправы (вызывают спазм сфинктера Одди).

4. В диетическом рационе учитывают влияние отдельных пищевых веществ на нормализацию моторной функции желчного пузыря и желчевыводящих путей. При гиперкинетическом типе дисфункции должны быть резко ограничены продукты, стимулирующие сокращения желчного пузыря – животные жиры, растительные масла, наваристые мясные, рыбные, грибные бульоны. При гипотонии желчного пузыря пациенты обычно хорошо переносят некрепкие бульоны, сливки, сметану, растительные масла, вареные яйца.

5. Для профилактики запоров рекомендуют продукты, способствующие опорожнению кишечника: морковь, тыква, кабачки, зелень, арбузы, дыни, чернослив, курага, апельсины, груши, мед. В диете ребенка школьного возраста могут быть использованы продукты содержащие отруби.

Мотивация: Удовлетворение физиологической потребности в пище и воде.

Предупреждение обострений заболевания.

*7. Выполнять назначения врача.*

Зависимые сестринские вмешательства:

- Проведение контроля назначенной лекарственной терапии.

- Проводить подготовку пациента к проведению инвазивных и неинвазивных исследований и вмешательств.

Реализация ухода:

- Проводить выпаивание препаратов per os в назначенной дозе, регулярно по времени;
- Убедить пациента и/или родителей (законных представителей) в необходимости приема лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом;
- Обучить родителей и или/ребенка правилам подготовки к различным исследованиям;
- Перед каждым медицинским вмешательством успокоить ребенка/родителей, объяснить цели и ход проведения исследования или вмешательства, обучить поведению во время проводимой процедуры. Психологическая подготовка ребенка проводится в соответствии с возрастом, возможно использование методики «терапевтическая игра», а т. ж. схем, рисунков, демонстрация оборудования и т.д.
- Сопроводить ребенка на исследование; присутствовать и осуществлять поддержку ребенку во время процедуры; после проведения медицинского вмешательства, успокоить ребенка, похвалить, обеспечить телесный контакт с родителями; уложить в постель, согреть, проконтролировать состояние, покормить.

Мотивация: Осуществление этиотропного лечения. Ликвидация болей. Раннее выявление побочных эффектов препаратов. Диагностика заболевания.

*8. Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией пациента на лечение Независимые вмешательства.*

Реализация ухода:

- Убедить пациента (родителей) немедленно сообщить о симптомах тошноты, рвоты.
- Термометрия общая утром и вечером, контроль АД, ЧСС, заполнение температурного листа ф. 004/У;
- Контролировать аппетит, стул и самочувствие ребенка.
- При ухудшении общего состояния срочно сообщить лечащему или дежурному врачу.

Мотивация: Контроль эффективности проводимого лечения и ухода. Раннее выявление и профилактика осложнений.

#### **V этап. Оценка эффективности ухода**

При правильной организации сестринского ухода ремиссия наступает в установленные сроки. Дети с дискинезией желчевыводящих путей наблюдаются минимум до 14 лет.

Пациент и его родители должны быть проинформированы об особенностях диеты, которые должен соблюдать ребенок, о необходимости диспансерного учета и строгом соблюдении всех рекомендаций.

В условиях поликлиники показано проведение тюбажей по Демьянову с минеральной водой; прием минеральных вод средней минерализации 2 раза в день по 3 мл/кг на прием; физиотерапия; ЛФК; санаторно-курортное лечение.

Минеральные воды, рекомендуемые при гиперкинетическом типе дисфункции: низкой концентрации Славяновская, Смирновская, Арзни, Эссентуки №4 в подогретом до 40-42°C виде, по 180-200 мл за 15-30 мин до еды 3 раза в день, курсом 3-4 нед.

Минеральные воды, рекомендуемые при гипомоторной дискинезии: высокой минерализации (Эссентуки №17, Моршанская, Баталинская и др. температурой 18-20°C, по 180-200 мл за 15-30 мин. до еды 3 раза в день, курсом 3-4 недели

Освобождение от физкультуры на 6-9 мес., далее – специальная группа. Освобождение от спортивных соревнований и избыточных физических нагрузок. На 2-ом году – группа по физкультуре подготовительная, на 3-ем – основная.

*Профилактика обострений:* активный образ жизни, санация очагов инфекции, рациональное питание. Лечение заболеваний, лежащих в основе дискинезии (патология ЖКТ, аллергия, вегетативные нарушения и т.д.).

## **9. 3. Доврачебная помощь при неотложных состояниях**

### **10. 3.1. Неотложная доврачебная помощь ребенку при желудочно-кишечном кровотечении**

Цель: не допустить развития шокового состояния, обеспечить своевременное оказание медицинской помощи.

Потенциальные симптомы желудочного кровотечения:

1. Появление тошноты и рвоты с кровавыми сгустками, цвета кофейной гущи;
2. Общая слабость, от легкого недомогания до головокружений, обморока и даже комы;
3. Пульс чаще всего от слабого наполнения, учащенный;
4. Холодный пот, бледность кожных покровов, губ, конечностей;
5. Снижение артериального давления, прогрессирующее в прямой зависимости от текущей кровопотери;
6. Ненормальный стул с примесями крови, чаще всего дегтеобразной консистенции.

Помимо указанных проявлений, пациент также страдает от симптомов основного заболевания, вызвавшего желудочно-кишечное кровотечение.

Алгоритм действий:

1. Обеспечьте ребенку полный покой, уложив его в горизонтальное положение не спину и слегка приподняв ноги – под них можно подложить валик;
2. До любых диагностических мероприятий не давать еду и питье – стимуляция работы ЖКТ в данной ситуации может привести к ухудшению состояния и появлению дополнительных осложнений;
3. После выявления предполагаемой локализации ЖКК, приложите лед либо холодный предмет для сужения сосудов и недопущения слишком быстрого развития воспалительно-отечного процесса. Процедура занимает 15-20 минут с 3-х минутными перерывами, при необходимости (до приезда скорой помощи) её можно повторить, спустя 30-40 минут после первого мероприятия;
4. Если ребенок находится в сознании, то предложите ему употребить Дицинон. Промывка желудка или клизма вне стационара в случае ЖКК строго запрещена;
5. При обмороке, попробуйте привести ребенка в сознание, дав понюхать нашатырный спирт. Если больной не реагирует – скорее всего, он находится в коматозном состоянии и требует постоянного мониторинга показателей пульса и дыхания, при возможности АД.
6. В случае отсутствия последних – переходите к непрямому массажу сердца и искусственному дыханию, поддерживая жизнеспособность ребенка до приезда бригады СМП;
7. После прибытия скорой помощи помогите уложить ребенка на носилки, зафиксировав положение тела лицом вверх, после чего тот будет доставлен в больницу.



## **11. 3.2. Неотложная помощь ребенку при рвоте**

Цель: не допустить аспирации рвотными массами, устранить рвоту, не допустить повторного развития рвоты.

1. Усадить или уложить пациента с возвышенным головным концом, голову повернуть на бок – профилактика аспирации рвотных масс;
2. Освободить от стесняющей одежды – уменьшить внутрибрюшное давление, обеспечить экскурсию легких;
3. Обеспечить доступ свежего воздуха – обеспечение комфортных условий;
4. После рвоты:
  - а) прополоскать рот пациента кипяченой водой – обеспечение гигиенического комфорта,
  - б) назначить водно-чайную паузу на 2-4 часа – обеспечение оральной регидратации, исключение дополнительных провоцирующих рвоту раздражителей,
  - в) при необходимости отправить рвотные массы в лабораторию в сопровождении направления – определение возможной причины возникновения рвоты.
5. По назначению врача промыть желудок или использовать противорвотный препарат – профилактика повторного возникновения рвоты.

## **12. 3.3. Неотложная помощь ребенку при метеоризме**

Цель: устранить симптомы повышенного газообразования, не допустить повторного развития метеоризма.

1. Уложить ребенка на спину, освободить нижнюю половину туловища – облегчение перистальтики кишечника;
2. Обеспечить доступ свежего воздуха – обеспечение комфортных условий;
3. Провести легкий массаж живота по часовой стрелке – нормализация перистальтики;
4. При отсутствии эффекта – поставить газоотводную трубку – удаление скопившихся в кишечнике газов;
5. При отсутствии эффекта, по назначению врача – ввести следующие препараты: Фортранс (Fortrans, содержимое пакетика растворить водой и выпить ребенку), Дюфалак (Duphalac, до года 5 мл, 1-6 лет 5-10 мл, 7-14 лет 15 мл.), Транзипег (Transipeg, детям 1-6 лет 1-2 саше 2, 95 г. в сутки растворив в 50 мл. воды, 6-12 лет – 8,85 г. в 50 мл. воды), Нормолакт (Lactulose, до года – 2,5-5 мл, 1-7 лет – 5-10 мл, 7-14 лет – 15 мл., старше 14 лет – 15-45 мл. утром во время завтрака). При отсутствии эффекта может быть использована лекарственная микроклизма Микролакс (MicroLax) или (в исключительных случаях) очистительная клизма.

## **13. Особенности проведения сестринских манипуляций детям при заболеваниях желудочно-кишечного тракта**

### **14. 4.1 Постановки очистительной клизмы ребенку**

Технология постановки очистительной клизмы входит в ТПМУМСУ (Технология выполнения простой медицинской услуги манипуляции сестринского ухода) имеет код А14.19.002 и выполняется по Национальному

стандарту Российской Федерации (ГОСТ Р 52623.3-2015). Выполнение очистительной клизмы у детей новорожденных, грудных и раннего возраста, имеет определенные нюансы, обусловленные анатомо-физиологическими особенностями детского организма, которые должны учитываться средним медицинским персоналом при осуществлении данной услуги.

Содержание требования, условия	Требования по реализации, алгоритм выполнения
<p>Требования к специалистам и вспомогательному персоналу</p> <p>Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги</p> <p>Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу</p>	<p>Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: "Лечебное дело", "Акушерское дело", "Сестринское дело"</p> <p>Имеются навыки выполнения данной простой медицинской услуги</p>
<p>Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала</p> <p>Требования по безопасности труда при выполнении услуги</p>	<p>До и после проведения процедуры необходимо вымыть руки</p>
<p>3 Условия выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Стационарные. Амбулаторно-поликлинические</p>
<p>4 Функциональное назначение простой медицинской услуги</p>	<p>Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний. Диагностика заболеваний.</p>
<p>5 Материальные ресурсы</p>	

## 5.1 Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения

Кружка Эсмарха.

Соединительная трубка.

Зажим.

Ректальный наконечник стерильный.

Водный термометр.

Судно (при необходимости)

## 5.2 Реактивы

Отсутствуют

## 5.3 Иммунобиологические препараты и реагенты

Отсутствуют

## 5.4 Продукты крови

Отсутствуют

## 5.5 Лекарственные средства

Вазелин

## 5.6 Прочий расходный материал

Перчатки нестерильные.

Фартук клеенчатый.

Клеенка.

Штатив.

Таз.

Пеленка.

Емкость для утилизации и дезинфекции.

Шпатель.

Ширма (при необходимости).

## 6. Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги

### 6.1 Алгоритм постановки очистительной клизмы

#### *1 Подготовка к процедуре:*

1) Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.

2) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

3) Надеть фартук и перчатки.

1) 4) Собрать систему, подсоединить к ней наконечник, закрыть систему зажимом.

2) 5) Налить в кружку Эсмарха рекомендуемый объем воды определенной температуры.

3) 6) Заполнить систему водой.

7) Подвесить кружку Эсмарха на подставку высотой 75-100 см, открыть вентиль, слить немного воды через наконечник, вентиль закрыть.

8) Смазать наконечник вазелином.

*II Выполнение процедуры:*

1) 1) Уложить пациента на левый бок на кушетку, покрытую клеенкой, свисающей в таз. Ноги пациента должны быть согнуты в коленях и слегка подведены к животу.

2) 2) Выпустить воздух из системы.

3) 3) Развести одной рукой ягодицы пациента.

4) 4) Ввести другой рукой наконечник в прямую кишку, проводя первые 3-4 см по направлению к пупку.

5) 5) Открыть вентиль (зажим) и отрегулировать поступление жидкости в кишечник.

6) 6) Попросить пациента расслабиться и медленно подышать животом.

7) 7) Закрыть вентиль после введения жидкости и осторожно извлечь наконечник.

*III Окончание процедуры:*

1) Предложить пациенту задержать воду в кишечнике на 5-10 мин.

2) Проводить пациента в туалетную комнату.

3) Разобрать систему, наконечник, кружку Эсмарха и клеенку подвергнуть дезинфекции.

4) При необходимости подмыть пациента.

5) Снять перчатки, опустить их в емкость для дезинфекции.

6) Обработать руки гигиеническим способом, осушить.

7) Уточнить у пациента его



<p>7 Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики</p>	<p>Процедура проводится в отдельном помещении (клизменной). Если процедура проводится в палате, то необходимо оградить пациента ширмой и обеспечить ему условия комфорта.</p> <p>Глубина введения наконечника в прямую кишку зависит от возраста и варьирует от 2-3 см новорожденному до 10-12 см взрослому.</p> <p>Объем жидкости для единовременного введения также зависит от возраста и варьирует от 100 мл новорожденному до 1200-1500 мл взрослому.</p> <p>При жалобе пациента на боль спастического характера нужно прекратить процедуру, пока боль не утихнет.</p> <p>Температура воды для постановки клизмы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>при атонических запорах - 16°C-20°C</li> <li>при спастических запорах - 37°C-38°C</li> <li>в остальных случаях - 23°C-25°C</li> </ul>
<p>8 Достигаемые результаты и их оценка</p>	<p>У пациента происходит освобождение нижнего отдела толстого кишечника от каловых масс</p>

<p>9 Особенности добровольного информированного пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители (для детей до 15 лет) должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры.</p> <p>Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p> <p>В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется</p>
<p>10 Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</p>	<p>Удовлетворительное состояние пациента</p>
<p>11 Стоимостные характеристики технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1,5</p>
<p>12 Графическое, схематическое и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</p>	<p>Отсутствует</p>
<p>13 Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</p>	<p>Отсутствуют</p>

Очистительные клизмы, предназначенные для разжижения и удаления содержимого нижних отделов толстой кишки, используют:

- при упорных запорах (колиты любой этиологии),
- для удаления токсичных веществ при отравлениях (пищевыми и химическими ядами),
- перед оперативными вмешательствами,
- рентгенологическими исследованиями пищеварительного тракта и эндоскопическими исследованиями толстой кишки,
- перед применением лекарственных клизм.

*Противопоказания:* аппендицит или подозрение на него, острые воспалительные и язвенные процессы в области толстой кишки и заднего прохода, Желудочно-кишечное кровотечение, трещины и выпадение прямой кишки, опухоли прямой кишки в стадии распада.

*Осложнения при постановке клизм:*

1. При грубом проведении манипуляции может произойти ранение прямой кишки. Ранения прямой кишки наконечником клизмы обычно относятся к разряду легких или среднетяжелых – ссадины и надрывы слизистой оболочки, расслоение стенки кишки без проникания в околопрямокишечную клетчатку, более редким, но грозным осложнением является перфорация стенки прямой кишки.

2. У детей легче, чем у взрослых может возникнуть водная интоксикация, приводящая к отеку мозга, сердечно-сосудистой недостаточности.

3. Ожоги прямой кишки при постановке клизм могут быть как химического, так и термического характера, когда по ошибке вводят противопоказанные вещества (концентрированные кислоты, щелочи и другие агрессивные жидкости) или вещества, показанные для введения, включая воду, но без соблюдения температуры вводимого раствора. Причинными реагентами могут быть различные химические растворы, среди которых чаще всего встречаются следующие: перекись водорода, перманганата калия и др. Такого рода повреждения относятся к категории тяжелых и могут заканчиваться грозными фатальными осложнениями (некроз кишки) вплоть до летального исхода. При химических ожогах толстой кишки слизистая оболочка может некротизироваться на значительном протяжении, а при переходе на другие слои стенки кишки возможно развитие флегмоны или множественных перфораций с разлитым перитонитом.

*Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики детям:*

Детям очистительная клизма проводится с помощью стерильных резиновых (клизменных) баллончиков с мягким наконечником, они помечаются литерой «А» в названии. На сегодняшний день в России существует несколько производителей спринцовок (клизменных баллончиков), которые изготавливают их и из традиционной резины и из ПВХ, маркировка баллончиков т.ж. может несколько отличаться. Спринцовки, произведенные на оборудовании советских стандартов, имеют следующие мерки объёма: А1 — 30



мл, А2 — 60 мл и так далее с шагом в 30 мл. Спринцовки ПВХ, произведенные на импортном оборудовании имеют другую систему вместимостей. Ниже приводятся маркировки наиболее часто используемых в настоящее время баллончиков.

Спринцовки производства Альпина Пласт:

А №3 (27±7 мл)

А №7 (70±10 мл)

А №11 (230±30 мл).

А №13 (317±30 мл).

А №14 (490±50 мл).

А №16 (700±70 мл).

Спринцовки объединения Альфапластик:

А №1 – 30 мл. (резина)

А №3 – 90 мл. (резина)

А №3 – 110 мл. (ПВХ)

А №6 – 210 мл. (ПВХ)

А №9 – 270 мл. (ПВХ)

Спринцовки типа Б (с твердым наконечником) применяются подросткам и взрослым.

Спринцовки производства Альпина Пласт:

Б №3 (40±7 мл)

Б №5 (95±10 мл)

Б №7 (150±20 мл)

Б №9 (230±30 мл)

Б №11 (347±30 мл)

Б №13 (483±50 мл)

Спринцовки объединения Альфапластик:

Б №1 – 30 мл. (ПВХ)

Б №3 – 110 мл. (ПВХ)

Б №6 – 210 мл. (ПВХ)

Положение пациента до 6 мес. на спине, что обусловлено анатомо-физиологическими особенностями толстого кишечника ребенка (гл.1.2 стр. 12) старше 6 мес. – на левом боку.

Объем жидкости для единовременного введения также зависит от возраста:

1. до 3 месяцев – 25-30 мл;
2. до 12 месяцев – 100-150 мл;
3. до 2-х лет – 200 мл;
4. от 2 до 9 лет – до 400 мл;
5. от 9 лет – 500 мл и более.

Для детей от 3 мес. до 2 лет объем жидкости для проведения очистительной клизмы может рассчитываться по формуле: 10 мл. на 1 месяц жизни. После 2-х лет количество жидкости рассчитывается по формуле: 240 мл. + 20-30 мл. на 1 год жизни.

Температура жидкости для выполнения очистительной клизмы ребенку 26-30 °С, в более старшем – не прохладнее 24°С.

Для проведения очистительной клизмы у детей используют 0,9% р-р NaCl или кипяченую воду, для усиления послабляющего эффекта можно добавить минеральное или растительное масло (вазелиновое, миндальное, фенхелевое, глицерин) (1-2 ч.л. на 200 мл.воды).

Глубина введения наконечника ребенку первого года жизни 3-4 см.

#### 15. 4.2 Постановка газоотводной трубки ребенку

Технология постановки газоотводной трубки входит в ТПМУМСУ (Технология выполнения простой медицинской услуги манипуляции сестринского ухода) имеет код А14.19.003 и выполняется по Национальному стандарту Российской Федерации (ГОСТ Р 52623.3-2015). Постановка газоотводной трубки у новорожденных, грудных детей имеет определенные нюансы, обусловленные анатомо-физиологическими особенностями детского организма, которые должны учитываться средним медицинским персоналом при осуществлении данной услуги. Перед процедурой проводится очистительная клизма.

Показанием к введению газоотводной трубки является метеоризм.

Противопоказания те же, что и при проведении клизмы.

Осложнения:

- ранение слизистой оболочки прямой кишки с опасностью последующего кровотечения;
- перфорация кишечника, которая в дальнейшем может привести к перитониту или кровотечению.

Газоотводная трубка (табл. 3, 4) вводится в прямую кишку так, чтобы ее конец достигал сигмовидной кишки.

Глубина введения:

Грудной возраст – 7-7 см.

От 1 до 3 лет – 8-10 см.

От 3 до 7 лет – 10-15 см.

У школьников – 20 см.

Трубку оставляют в кишечнике на 30-60 минут, через 3-4 часа процедуру можно повторить.

Таблица 3.

Зонд ректальный детский (т.м. «ИНЕКТА» Китай)

Размер СН/Fr	Внутренний диаметр I.D. (мм)	Внешний диаметр O.D. (мм)	Длина	цвет
СН-06	1,0	2,0	40 см	светло-зеленый
СН-08	1,7	2,7	40 см	голубой
СН-10	2,3	3,3	40 см	черный

Таблица 4.

Зонд ректальный детский (т.м. «Арехмед» Нидерланды)

Размер СН/Fr	Внутренний диаметр I.D. (мм)	Внешний диаметр O.D. (мм)	Длина	цвет
6	1,1	2,0	20±2 см	бирюзовый
8	1,7	2,7	20±2 см	голубой
10	2,3	3,3	20±2 см	черный

### 16. 4.3 Уход за назогастральным зондом

Технология уход за назогастральным зондом входит в ТПМУМСУ (Технология выполнения простой медицинской услуги манипуляции сестринского ухода) имеет код А14.16.002 и выполняется по Национальному стандарту Российской Федерации (ГОСТ Р 52623.3-2015). Уход за назогастральным зондом у новорожденных, грудных детей имеет определенные нюансы, обусловленные анатомо-физиологическими особенностями детского организма, которые должны учитываться средним медицинским персоналом при осуществлении данной услуги.

Требования к условиям, условиям	Требования по
<p>алу.</p> <p>луги.</p> <p>стам и вспомогательному персоналу</p>	<p>Специалист, имеющий диплом установленной формы медицинского образовательного учебного учреждения: "Сестринское дело", "Акушерское дело".</p> <p>Специалист, имеющий диплом установленного образца государственного образовательного заведения по специальностям: "Лечебное дело (бакалавр)".</p> <p>Имеются навыки выполнения данной процедуры</p>
<p>ического персонала.</p> <p>и.</p>	<p>До и после проведения процедуры провести обработку зонда.</p> <p>Использование перчаток во время процедуры</p>

	Амбулаторно-поликлинические. Стационар
УТИ	Лечение заболеваний. Профилактика заболеваний.
	Физиологический раствор или специальные Вазелин Нестерильные перчатки. Стерильные марл Емкость для промывания
нской услуги	
я	Шприц на 30 или 60 мл (шприц Жанэ). Фонендоскоп. Лоток. Зажим. Зонд назогастральный. Отсутствуют Отсутствуют  Отсутствуют
	<p><i>I Подготовка к процедуре:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Идентифицировать пациента, представить</li> <li>Убедиться в наличии у пациента добровольного</li> <li>пациент в сознании). В случае отсутствия таково</li> <li>2) Обработать руки гигиеническим способом.</li> <li>3) Надеть перчатки.</li> </ol> <p><i>II Выполнение процедуры:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Осмотреть место введения зонда на предме</li> <li>2) Проверить месторасположение зонда: попр</li> <li>3) Подсоединить шприц с 10-20 см<sup>3</sup> (10 см<sup>3</sup> д</li> <li>одновременно выслушивая звуки в области эпиг</li> <li>4) Очистить наружные носовые ходы увлажн</li> <li>Нанести вазелин на слизистую оболочку, соприк</li> <li>оксигенотерапией).</li> <li>5) Каждые 4 ч выполнять уход за полостью р</li> <li>6) Каждые 3 ч (по назначению врача) промыв</li> </ol> <p>подсоединить шприц, наполненный физиологич</p> <p>жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию</p> <p>отдельную емкость.</p> <p><i>III Окончание процедуры:</i></p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился.</li> <li>2) Продезинфицировать и утилизировать испорченный пластырь дезинфектантом или антисептиком.</li> <li>3) Снять перчатки, поместить их в контейнер для отходов.</li> <li>4) Обработать руки гигиеническим способом, например, мыть с мылом.</li> <li>5) Уточнить у пациента самочувствие (если пациент жалуется на боль).</li> <li>6) Сделать соответствующую запись о выполнении процедуры.</li> </ol>
<p>и методики</p>	<p>Отсутствуют</p>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Отсутствие видимых изменений (раздражения, покраснения, отека).</li> <li>2) При кормлении пища свободно проходит по зонду.</li> <li>3) Пациент не испытывает дискомфорта.</li> <li>4) Зонд фиксирован.</li> <li>5) Свободный конец зонда изолирован от внешней среды.</li> </ol>
<p>согласия пациента при выполнении методики и</p>	<p>Пациент или его родители/законные представители должны быть информированы о предстоящей процедуре (если он в сознании). Информация, сообщаемая ему медицинским персоналом, должна быть понятна. Письменного подтверждения согласия пациента не требуется, так как данная услуга не является паллиативной. При выполнении простой медицинской услуги в паллиативной помощи информированное согласие не требуется.</p>

СТОДИКИ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Наличие записи о результатах выполнения</li> <li>2) Своевременность выполнения процедуры</li> <li>3) Отсутствие осложнений.</li> <li>4) Удовлетворенность пациента качеством пр</li> <li>5) Отсутствие отклонений от алгоритма выпо</li> </ol>
простой медицинской услуги	<p>Коэффициент УЕТ врача - 0. Коэффициент УЕТ медицинской сестры - 1</p>
оставление технологий выполнения простой	Отсутствует
ментация (при необходимости)	Отсутствуют

Назогастральный зонд – это трубка, изготовленная из имплантационно-нетоксичного поливинилхлорида (ПВХ) или силикона. Эти материалы устойчивы к воздействию соляной кислоты и при правильном использовании не теряют своих свойств в течение 3-х недель. Медицинская промышленность выпускает современные зонды различной длины и диаметра (табл. 6,7,8,9).

*Основные разновидности зондов:*

1. стандартные;
2. зонды для энтерального питания (они меньшего диаметра и снабжены жестким проводником для облегчения установки);
3. двухканальные зонды;
4. орогастральные зонды (большего диаметра и предназначены для промывания желудка).

*Основные цели введения назогастрального зонда:*

1. питание пациента, который по разным причинам не может сам принимать пищу;
2. декомпрессия желудка в случае затруднения естественного пассажа его содержимого в кишечник.
3. аспирация желудочного содержимого;
4. введение лекарственных средств.

*Наиболее часто встречающиеся ситуации, когда необходима постановка назогастрального зонда:*

1. кишечная непроходимость (как элемент комплексной консервативной терапии, а т.ж. как предоперационная подготовка или послеоперационный этап);

2. острый панкреатит;
3. травмы языка, глотки;
4. послеоперационный период после резекций желудка, кишечника, поджелудочной железы, других операций на органы брюшной и грудной полостей;
5. бессознательное состояние пациента (кома);
6. психические заболевания, при которых больной отказывается от еды;
7. нарушения глотания при поражениях нервной системы и у недоношенных новорожденных;
8. травмы живота;
9. свищи пищевода;
10. стриктуры (сужения) пищевода, проходимые для зонда.

*Противопоказания к введению зонда:*

1. травмы лица и переломы костей черепа;
2. варикозное расширение вен пищевода;
3. гемофилия и другие нарушения свертываемости крови;
4. язва желудка и ДПК в фазе обострения.

*Возможные осложнения при введении назогастрального зонда:*

1. попадание зонда в дыхательные пути;
2. носовые кровотечения, которые могут возникнуть как во время установки зонда, так и в отсроченный период в результате пролежней слизистой носа;
3. прободение пищевода;
4. пневмоторакс;
5. синуситы;
6. рефлюкс-эзофагит, изъязвление и стриктуры пищевода;
7. аспирационная пневмония;
8. паротиты, фарингиты вследствие постоянного дыхания через рот;
9. водно-электролитные нарушения при постоянной длительной аспирации без восполнения потерь;
10. инфекционные осложнения (заглоточный абсцесс, абсцесс гортани).

Зонд для питания устанавливают максимум на 3 недели, после этого его нужно менять. Альтернативой зондовому питанию является установка гастростомы.

*Осложнения энтеральной нутритивной поддержки* разделяют на технические, инфекционные, метаболические. Кроме того, отдельно выделяют специфические гастроинтестинальные осложнения.

К техническим осложнениям энтерального питания относятся проблемы, связанные непосредственно с установкой и функционированием устройств доставки питательных смесей – назогастральных и назоинтестинальных зондов, а именно:

- неправильная установка зонда (установка непосредственно в трахеобронхиальное дерево, ятрогенное формирование трахеопищеводного свища);

- неправильное положение дистального конца зонда (введение недостаточной длины зонда, самопроизвольная дислокация зонда, удаление зонда пациентом, перфорация стенки пищеварительной трубки);
- непроходимость зонда (обтурация зонда питательной смесью, перегиб, ротация или скручивание зонда);
- регургитация желудочного содержимого и аспирация.

*Профилактика технических осложнений:*

1. После установки зонда или при подозрении на его смещение расположение зонда должно контролироваться рентгенологически, в том числе с применением контрастирования. Толкатель-проводник никогда не вводят в назогастральный и, тем более, в назоинтестинальный зонд, если зонд находится в просвете пищеварительной трубки во избежание перфорации ее стенки. Для профилактики дислокации зонда и его удаления пациентом зонд следует надежно фиксировать к носу.

2. Основным способом снижения риска регургитации и аспирации является выбор правильной скорости введения энтеральной смеси и контроль за ее усвоением. Положение пациента полулежа, под углом 45° (положение Фаулера), уменьшает риск аспирации. Лучшим вариантом обеспечения необходимой скорости введения энтеральной смеси является использование насосов для энтерального питания.

3. Во избежание засорения зонд необходимо промывать каждые 6 часов, а также после каждого сеанса питания или введения медикаментов. Некоторые лекарственные препараты несовместимы с питательными смесями и приводят к выпадению осадка в просвет зонда. При энтеральном питании через назогастральный зонд нельзя вводить сукральфат. При возникновении непроходимости зонда с помощью шприца при умеренном избыточном давлении проводят его многократное промывание водой или 0,9% р-ром NaCl объемом 10 - 30 мл с добавлением соды, папаина, панкреатических ферментов. Применение больших объемов жидкости, т. ж. как и создание чрезмерного давления чревато развитием регургитации. После промывание зонда рекомендуется проведение рентгенологического контроля положения его дистального конца. При неэффективности мероприятий по устранению непроходимости зонда следует перейти к процедуре его замены.

4. Действенной мерой профилактики возникновения эрозивно-язвенного процесса в пищеводе (реже в желудке) как следствия длительного расположения там зонда является использование термопластичных назогастральных и назоинтестинальных зондов оптимального диаметра (табл. 6,7,8,9)

*Инфекционные осложнения энтерального питания* сводятся к осложнениям, связанным с установкой зондов и формированием фистул, а также с микробной контаминацией пищеварительной трубки:

- синусит и/или средний отит возникает в следствии окклюзия устьев придаточных пазух носа и евстахиевой трубы при длительном нахождении зонда.



- возникновение регургитации и аспирации имеет своим следствием развитие аспирационной (нередко – абсцедирующей) пневмонии.

- контаминация пищеварительной трубки во время энтерального питания в следствии того, что энтеральное питание всегда проводится в обход бактерицидного барьера ротоглотки и, как правило, энтеральные смеси не подвергаются обработке желудочным соком, который обладает выраженными бактерицидными свойствами, особенно это осложнение вероятно при использовании назоинтестинального зонда.

К наиболее распространенным *метаболическим нарушениям* энтерального питания относят гипергликемию, гипер- и гипокалиемию, гипер- и гипонатриемию, возникновение дефицита микроэлементов, витаминов, эссенциальных жирных кислот, а т.ж. синдром возобновления питания (refeeding syndrome) и гипералиментация (overfeeding).

*Гастроинтестинальные осложнения* энтерального питания являются закономерной реакцией пищеварительного тракта на искусственные нутритивные субстанции с не совсем физиологическим режимом введения и проявляются тошнотой и рвотой (12 – 19%), метеоризмом (13 – 19%), диареей (2 – 68%) или обстипацией (16 – 59%), наличием остаточного объема смеси (25 – 39%).

Остаточным объемом – критерием толерантности к энтеральному питанию – называется количество смеси в желудке, стабильно остающееся после проведения питания через назогастральный или, реже, через назоинтестинальный зонд. Очевидно, что остаточный объем зависит от восстановления моторики желудка и тонкой кишки. Критическим остаточным объемом, угрожающим регургитацией и требующим приостановки питания, принято считать объем 3 мл/кг и более. Методом профилактики и коррекции остаточного объема могут являться дробное питание с наличием пауз через каждые 6 часов, применение прокинетиков, максимально глубокая (в тощую кишку) установка зонда для питания.

Причины возникновения при энтеральном питании тошноты, рвоты или диарей во многом схожи: массивный и неравномерный объем поступления смеси через зонд, слишком высокая или низкая температура смеси, гиперосмолярность смеси (выше 400 мОсмоль/л). Диареей при проведении энтерального питания принято считать не менее чем пятикратный жидкий стул в течение суток.

В педиатрической практике помимо грудного молока и различных молочных смесей, могут быть использованы (детям старшего возраста) смеси для энтерального питания (табл.5)

Таблица 5.

#### Питательные смеси для перорального приёма

Наименование питательной смеси	Производитель	Содержание в
--------------------------------	---------------	--------------

			одно й упак овке		
Объём (мл)			Энергия (ккал)	Белок (г)	Пищевые волокна (г)
Нутридринк Протеин	Компакт	Nutricia	125	300	18
Фортикер		Nutricia	125	204	11
Ренилон		Nutricia	125	249	9, 1
Нутридринк		Nutricia	200	300	11, 8
Эншур 2		Abbott	200	400	17
Глюцерна		Abbott	230	206	10, 7
Прошур		Abbott	240	295	16
Ресурс 2. 0 + Файбер		Nestle	200	400	18
Импакт Орал		Nestle	237	334	18
Нутрикомп Дринк Плюс		BBraun	200	300	12
Суппортан напиток		Fresenius	200	300	20
Нутриэн (питьевой)	Стандарт	Нутритэк	200	200	8

Ниже приведены наиболее часто используемые в детской практике назогастральные зонды.

Таблица 6.

Зонд питательный назогастральный Integral («INTEGRAL Medical», Китай)

Ch/Fr	Внутренний диаметр I.D. (мм)	Внешний диаметр O.D. (мм)	Цветовая кодировка	Длина
4	0,8	1,33	красный	400 / 500 мм
5	0,87	1,67	желтый	
6	1,1	2,0	бордовый	
8	1,7	2,7	голубой	
10	2,3	3,3	черный	

Таблица 7.

Зонд назогастральный питательный детский TRO-NUTRICATH paed («TROGE MEDICAL GMBH», Германия)

Ch/Fr	Внешний диаметр O.D. (мм)	Внутренний диаметр I.D. (мм)	Длина, (см.)	Цветовая кодировка
4	1,3	0,72	50	красный
5	1,7	1,07		серый
6	2,0	1,26		зеленый
7	2,3	1,5		бордовый
8	2,7	1,87		синий
9	3,0	2,0		оранжевый
10	3,3	2,25		черный

Таблица 8.

Зонд для энтерального питания ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ (метки нанесенные на зонд 15 см, 16 см, 17 см от дистального конца) («Виробан», Россия)

размер по шкале Шарьера, СН	внутренний d, мм	внешний d, мм	длина, см	Цвет
6	1,1	2,0	40	зеленый
8	1,7	2,7	40	синий
10	2,3	3,3	40	черный

Таблица 9.

Зонд питательный назогастральный APEXMED («Apexmed International B.V.», Нидерланды)

Ch/Fr	Внутренний диаметр I.D. (мм)	Внешний диаметр O.D. (мм)	Цветовая кодировка	Длина
4	0,8	1,4	красный	400 мм,
5	0,9	1,7	желтый	
6	1,1	2,0	синий	
8	1,7	2,7	голубой	
10	2,3	3,3	черный	

#### 17. 4.4 Промывание желудка ребенку

Технология промывание желудка имеет код А11.16.008 и выполняется по Национальному стандарту Российской Федерации (ГОСТ Р 52623.4-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств). Промывание желудка у детей имеет определенные нюансы, обусловленные анатомо-физиологическими особенностями детского организма, которые должны учитываться средним медицинским персоналом при осуществлении данной услуги.

*Показания.*

1. С лечебной целью: отравление пищевыми, лекарственными, растительными и другими ядами; при сужении (стенозе) выходного отдела желудка, при выделении через слизистую оболочку желудка некоторых токсических веществ, например, мочевины при хронической почечной недостаточности.

2. С диагностической целью: идентификация яда, выявление возбудителя инфекции, а т.ж. может быть проведено цитологическое исследование промывных вод.

*Противопоказаниями для промывания желудка являются органические сужения пищевода, острые пищеводные и желудочные кровотечения, тяжёлые химические ожоги слизистой оболочки гортани, пищевода и желудка крепкими кислотами и щелочами (спустя 2 часа и более после отравления), инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения, судороги.*

*Объём жидкости для промывания желудка:*

1-2 мес. – 200 мл.

2-5 мес. – 500 мл.

6-9 мес. – 600-800 мл.

9-12 мес. – 800-1000 мл.

Детям старше 1 г. – 1л/ год жизни, но не более 10 л.

*Одномоментно вводится в желудок жидкость в объеме:*

Новорожденному – 20 мл

1-2 мес 60-80 мл

5-6 мес 100 мл

9-12 мес 120-150 мл

2-3 года 200-250 мл

6-7 лет 350-400 мл

Иначе разовый объём = 15 мл / кг.

При промывании желудка ребенку выбирается диаметр зонда, соответствующий возрасту (табл.6,7,8,9).

Детям до 3 лет с целью профилактики нарушений водно-электролитного баланса, промывание желудка проводят: 0,9% р-ром NaCl; р-ром Рингера. гемодез.

Задержка жидкости не должна превышать 15-20 мл/ кг.

Для промывания желудка детям старше 3-х лет, в зависимости от показаний промывания желудка, могут быть использованы – 0,02% KMnO<sub>4</sub>; 0,5% р-р танина; р-р соли 2-3 ст.л. / 5-10 л.

Температура жидкости для промывания желудка ребенку должна быть 35-37°C.

Положение ребенка зависит от возраста и тяжести состояния. Детей в тяжелом состоянии и детей первых месяцев жизни укладывают на бок со слегка повернутым вниз лицом. Старших, если позволяет состояние, помощник усаживает к себе на колени, удерживая ноги своими скрещенными ногами, голову фиксирует одной рукой за лоб, другой обхватывает руки. Ребенка без сознания перед процедурой интубируют.

Глубина введения зонда определяется от переносицы до пупка или от мочки уха до кончика носа и до конца мечевидного отростка. Нельзя допускать полного перехода всей жидкости из шприца (воронки) в желудок, т.к. после жидкости насыщается воздух, что затрудняет в дальнейшем удаление содержимого желудка.

## **18. 5. Особенности оказания медицинских услуг детям с заболеваниями ЖКТ**

### **19. 5.1. Особенности внутрижелудочной рН-метрии у детей**

*Оснащение для проведения внутрижелудочной рН-метрии.*

Для проведения внутрижелудочной рН-метрии у детей могут быть использованы приборы: «Гастроскан», «Гастроскан-5», «Гастроскан-24». Существует несколько разновидностей ацидогастрометров. Самые простейшие и, следовательно, самые дешевые, например, АГМ-01 или АГМ-03, позволяют подключить только один зонд, выводят информацию о рН на цифровой дисплей и не имеют возможности запоминать полученные результаты. Подобные приборы наиболее эффективны в использовании при проведении ЭФГДС, т.к. позволяют незамедлительно получить данные о состоянии кислотности верхних отделов ЖКТ без предварительной обработки. Наиболее совершенная компьютерная система «Гастроскан-5М» позволяет проводить несколько исследований одновременно, представляет полученную информацию на мониторе компьютера в виде графика, запоминает информацию о пациентах и результаты обследования, позволяет создавать банк данных. Особым вариантом ацидогастрометра, являются приборы для суточного мониторинга «Гастроскан-24». Это компактные, носимые приборы, которые в течение длительного промежутка времени (до 24 часов) запоминают показатели рН, а после окончания обследования подключаются к компьютеру и передают на него всю собранную информацию. Программное обеспечение этих ацидогастрометров также позволяет представить полученные данные в виде графиков и создавать банк данных. Суточная рН-метрия, позволяющая оценить естественный ритм интрагастральной кислотности, выявить рефлюксы, их частоту и происхождение; подобрать адекватную терапию.

Для внутрижелудочной рН-метрии используют зонды с 1-5 датчиками, расположенными по его длине. При использовании зондов с 5 датчиками дистальный датчик во время исследования может располагаться в двенадцатиперстной кишке, второй – в антральном отделе желудка, третий – в теле желудка, четвертый – в кардиальном отделе желудка, пятый (проксимальный) – в пищеводе. При использовании зондов с тремя датчиками дистальный датчик во время исследования располагается в антральном отделе желудка, второй датчик – в теле желудка, а третий (проксимальный) – в кардиальном отделе. Это позволяет одновременно получать раздельную информацию о рН в различных отделах желудка.

При проведении внутрижелудочной рН-метрии нет необходимости в извлечении желудочного содержимого. Замеры рН проводятся непрерывно (в реальном масштабе времени) в течение 30 мин. до стимуляции и в течение 1 часа – после стимуляции. Кроме того, внутрижелудочная рН-метрия позволяет достоверно выявлять дуоденогастральные и гастроэзофагеальные рефлюксы и, что очень важно, проводить подбор антацидных и антисекреторных лекарственных препаратов.

*Парентеральные стимуляторы желудочной секреции.*

Чаще всего применяют гистамин и пентагастрин. Гистамин вводится подкожно. Выпускается в амп. по 1 мл 0,1% раствора.

Обычно гистамин вводят в дозе 0,01 мг/кг массы тела, а при т.н. максимальном гистаминовом тесте с целью выявления резервных возможностей секреторного аппарата желудка (у детей не используется) – 0,04 мг/кг массы тела. Побочные эффекты: при передозировке или повышенной чувствительности возможны шок, коллапс.

Пентагастрин выпускается в амп. по 2 мл 0,025% раствора и назначается подкожно в дозе 6 мкг/кг массы тела. Побочные эффекты: слюнотечение, тошнота, кратковременное снижение АД, неприятные ощущения в области живота.

При исходной рН выше 2 проводят стандартную стимуляцию кислотообразования, а при рН ниже 2 проводят атропиновый тест: подкожно вводят 0,1% раствор атропина сульфата. В норме рН повышается. Также нередко проводится содовый тест: после введения соды per os определяют время, за которое рН вернется к исходной величине.

### **Особенности проведения импеданс-рН-мониторинга у детей**

В соответствии с Согласительными рекомендациями Североамериканского (NASPGHAN) и Европейского (ESPGHAN) обществ детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов, многоканальную импеданс-рН-метрию необходимо использовать при обследовании пациентов с такими симптомами, как необъяснимый плач и/или раздражительность, апноэ, а также другими опасными для жизни состояниями. Многоканальная импеданс-рН-метрия у младенцев позволяет уточнить причину чрезмерной раздражительности и плача, отказа от еды, кашля, одышки, удушья и рвоты. Эти проявления не обязательно являются следствием гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, они могут быть обусловлены разными состояниями: пищевой аллергией, инфекцией, в том числе функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта. Метод имеет особые преимущества для диагностики постпрандиальной симптоматики, а также в других ситуациях, когда содержимое желудка и, возможно, пищевода имеет щелочной и слабокислый рН.

Импедансометрия – метод исследования перистальтики пищевода и процесса прохождения по нему жидких и газовых болюсов, основанный на

измерении сопротивления (импеданса) между электродами, расположенными на зонде, вводимом пациенту через нос. Обычно выполняется в комплексе с рН-метрией пищевода (рН-импедансометрия). Для таких измерений используются измерительные рН-электроды, расположенные на этом же зонде (ZpH-зонде). Выполняется рН-импедансометрия с помощью прибора «Гастроскан-ИАМ» (рис.1.). Комбинированный внутрипросветный многоканальный импеданс-рН-мониторинг даёт возможность наряду с кислыми, выявлять слабокислые ( $4 < \text{pH} < 7$ ), слабощелочные ( $\text{pH} > 7$ ), а также жидкие и газовые рефлюксы, оценивать уровень распространения рефлюкса и длительность воздействия желудочного содержимого на слизистую оболочку пищевода.

При проведении совместной 24 часовой импедансометрии и рН-метрии, в пищевод вводится зонд толщиной около 2 мм, на котором с интервалом 2 см расположены электроды для измерения импеданса и датчик рН. Каждый катетер имеет метки, нанесенные через каждый 1 сантиметр, начало разметки – с вершины зонда. Толщина катетера составляет 2,1-2,3 мм, количество импедансных измерительных каналов – 6, однако положение их на катетере может варьировать. Так, для взрослых больных применяется зонд с расположенными на нем металлическими электродами на расстоянии 2, 4, 6, 8, 10, 14, 16, 18 см от вершины зонда. У детей старше 1 года – на расстоянии 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14 см от вершины катетера, а у новорожденных и грудничков – на расстоянии 1,5; 3; 4,5; 6; 7,5; 9 и 10,5 см от вершины зонда.

Исследование проводится натощак, при этом последний прием пищи должен быть не позднее 6 часов. Предварительно следует провести манометрию пищевода, чтобы определить уровень, на который необходимо установить катетер. При отсутствии аппаратуры для проведения манометрии пищевода можно использовать специальные зонды с расположенным на конце манометрическим электродом. В таком случае необходима специальная приставка к катетеру. В зависимости от поставленных целей исследования за несколько дней до него отменяются препараты для подавления продукции соляной кислоты в желудке. Если изучается эффективность препарата у пациента, то необходимость в этом отпадает.



Рис. 1. Установка прибора "Гастроскан-ГЭМ" при проведении суточной периферической электрогастроэнтерографии у ребёнка (Функциональная гастроэнтерология <https://www.gastroscan.ru/photo/297/3497>)

Перед введением рН-зонда его необходимо согреть в теплой воде, что делает его более мягким и уменьшает неприятные ощущения больного. рН-зонд вводится в положении сидя. Анестезию носа и глотки проводят 10% лидокаин-спреем или 1-2% 0,5 мл раствором дикаина (именно такое количество анестетика не влияет на показатели рН). Необходимо учитывать наличие аллергических реакций у детей. Некоторые авторы считают, что проведение местной анестезии глотки (полосканием или орошением глотки раствором анестетика) нежелательно, так как это может затруднять проглатывание рН-зонда больным и влиять на уровень секреции желудка. Ряд авторов рекомендуют нанести небольшое количество водорастворимого анестезирующего геля (ксилокаин-гель) на кончик рН-зонда для облегчения его проведения через носоглотку. Нельзя смазывать поверхность рН-зонда вазелином, кремом или какими-нибудь другими органическими или минеральными маслами для облегчения его введения. Измерительные электроды от этого загрязняются, и точность измерения кислотности значительно понижается.

Пациент запрокидывает голову, и в таком положении рН-зонд вводят в носовой ход до момента прохождения носоглоточного угла. Затем пациент медленно наклоняет голову вниз, к груди и в момент глотательного движения рН-зонд вводится в пищевод. Глубина введения рН-зонда определяется целями исследования. Для облегчения проведения рН-зонда больному можно давать пить воду через «соломинку», не поднимая подбородок. рН-зонд должен проходить свободно, без значительных усилий и кашля. Появление кашля свидетельствует о неправильном его положении (введение в трахею). В этом случае следует подтянуть рН-зонд и продолжить его введение после



прекращения кашля. При появлении рвотных позывов следует временно прекратить введение рН-зонда и попросить пациента сделать несколько глубоких дыхательных движений. Если нижний пищеводный сфинктер находится в гипертоническом состоянии, то рН-зонд может сворачиваться в дистальном отделе пищевода. В этих случаях следует частично извлечь его и затем повторно медленно провести его в желудок. При введении рН-зонда в антральную часть желудка и в двенадцатиперстную кишку рекомендуется, чтобы пациент после прохождения рН-зонда через пищевод не сидел, а встал и стоял, пока рН-зонд проходит в эти отделы ЖКТ. В этом варианте меньше вероятность заворачивания рН-зонда в желудке. От правильной установки рН-зонда пациенту существенно зависит корректность интерпретации измерений. Для удобства медицинского персонала на рабочую часть рН-зондов нанесены 7 меток с интервалом  $100 \pm 5$  мм. Первая метка находится на расстоянии  $300 \pm 5$  мм от дистального конца рН-зонда. Первоначально рН-зонд вводят, ориентируясь на метки на рН-зонде. Однако полагаться только на метки бывает недостаточно. Поэтому, следует проконтролировать его положение с помощью рентгеноскопии или по показаниям рН. Рентгенологический метод контроля незаменим для определения положения измерительных электродов рН-зонда в желудке при гипо- и анацидных состояниях, когда определение положения измерительных электродов относительно нижнего пищеводного сфинктера с помощью изменений величины рН не представляется возможным. При необходимости измерения рН в антральном отделе и в двенадцатиперстной кишке также необходим рентгенологический контроль положения рН-зонда, так как при установке рН-зонда в этих отделах часто отмечается его сворачивание в желудке, когда концевой электрод располагается выше остальных. Для правильной интерпретации данных суточного мониторинга рН пищевода один из датчиков рН должен быть установлен на уровне 5 см выше верхней границы нижнего пищеводного сфинктера. Правильное определение местоположения нижнего пищеводного сфинктера даёт возможность определять положение измерительных электродов в любом отделе желудка и пищеводе с точностью до 1 см. Локализацию нижнего пищеводного сфинктера можно определить с помощью манометрии, по характерному изменению величины рН при вводе и рентгенологически.

## 20. 5. Глоссарий

Постарайтесь без помощи учебника дать расшифровку терминам, сделайте запись в рабочей тетради:

1. Гиперсаливация –
2. Диарея –
3. Дисгевзия –
4. Дисфагия –
5. Изжога –
6. Икота –
7. Иктеричность –
8. Метеоризм –
9. Отрыжка –
10. Полифагия –
11. Рвота –
12. Флатуленция –
13. Халитоз –

### **Эталон ответов к терминам**

1. Гиперсаливация – слюнотечение.
2. Диарея – учащенное опорожнение кишечника с изменением характера стула, от кашицеобразного до водянистого.
3. Дисгевзия – расстройство вкусовых ощущений.
4. Дисфагия – затруднения при проглатывании пищи.
5. Изжога – своеобразное ощущение жжения за грудиной и в верхней части эпигастральной области.
6. Икота – внезапное всасывание воздуха в дыхательные пути, сопровождающееся опущением надгортанника и сокращением голосовых связок, из-за непроизвольных клонических сокращений диафрагмы.
7. Иктеричность – желтушное окрашивание кожи, слизистых.
8. Метеоризм – избыточное скопление газов в кишечнике.
9. Отрыжка – непроизвольное выделение через рот газов или пищи из желудка или пищевода.
10. Полифагия – состояние повышенного аппетита.
11. Рвота – извержение желудочного или кишечного содержимого через рот и носовые ходы наружу.
12. Флатуленция – процесс отхождения газов из кишечника.
13. Халитоз – неприятный запах изо рта.

**21. 6. Тест для самоконтроля**

*Выберите один правильный ответ.*

1. ОБИЛЬНОЕ СЛЮНОТЕЧЕНИЕ У РЕБЕНКА НАБЛЮДАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ

- а) 1 мес.
- б) 2-3 мес.
- в) 4-5 мес.
- г) 6-7 мес.

2. ПРИ ВСКАРМЛИВАНИИ РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ГРУДНЫМ МОЛОКОМ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФЛОРОЙ КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

- а) бифидум бактерии.
- б) кишечные палочки.
- в) энтерококки.
- г) ацидофильные палочки.

3. САМЫЙ ХАРАКТЕРНЫЙ, ИНФОРМАТИВНЫЙ ПРИЗНАК ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

- а) боль в животе
- б) нарушения аппетита
- в) диспептические явления
- г) потеря массы тела

4. ОДНОЙ ИЗ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫХ ПРИЧИН ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- а) длительный прием салицилатов
- б) пищевая аллергия
- в) нерегулярное и неполноценное по составу питание
- г) хронические заболевания печени и желчевыводящих путей

5. СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ В ЯЗВООБРАЗОВАНИИ У ДЕТЕЙ ОТВОДЯТ

- а) кишечной палочке
- б) протею
- в) хеликобактерным микроорганизмам
- г) палочке молочно-кислого брожения

6. ИЗ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА С ОБОСТРЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ИСКЛЮЧАЮТ

- а) мясные и рыбные бульоны
- б) молочные и слизистые супы
- в) молоко и творог
- г) сливочное и оливковое масло

7. ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ МЕДСЕСТРА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОБЕСПЕЧИТ

- а) экстренную транспортировку в стационар
- б) промывание желудка раствором аминокaproновой кислоты
- в) проведение гемостатической терапии
- г) направление на ФГДС

8. ПРИ ГЛИСТНЫХ ИНВАЗИЯХ БОЛИ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ

- а) в правом подреберье
- б) в эпигастральной области
- в) в левом подреберье
- г) в околопупочной области

9. ВЫБЕРИТЕ ЖАЛОБУ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩУЮ ДИСПЕПТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

- а) головная боль
- б) утомляемость
- в) метеоризм
- г) похудании

10. ПОЛОЖЕНИЕ РЕБЕНКА ПРИ ГАЗООТВЕДЕНИИ

- а) лежа на левом боку с приведенными к животу ногами
- б) лежа на животе
- в) лежа на правом боку с приведенными к животу ногами
- г) лежа на руках

11. УСЛОВИЕ, НЕОБХОДИМОЕ ПРИ ПРОМЫВАНИИ ЖЕЛУДКА

- а) раствор должен быть теплым
- б) раствор должен иметь температуру 20-22°C
- в) количество раствора 100 мл/год жизни
- г) использовать зонд с оливой

12. «СЛЕПОЕ» ЗОНДИРОВАНИЕ ПО ДЕМЬЯНОВУ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ

- а) исследования секреторной функции желудка
- б) исследование секреторной функции 12-перстной кишки
- в) стимуляции оттока желчи из желчных путей

г) удаления яда из желудка

13. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ОСТРОГО ГАСТРИТА

а) диетическая погрешность

б) вирус

в) эмоциональная перегрузка

г) наследственный фактор

14. ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

а) 0,5% раствор буры

б) 1% содовый раствор

в) 9% раствор NaCl

г) раствор фурацилина

15. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ-СОРБЕНТ

а) мотилиум

б) кларитромицин

в) смекта

г) тетрациклин

16. ВЫБЕРИТЕ ПРЕПАРАТ, ИМЕЮЩИЙ АНТИСЕКРЕТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ

а) анальгин

б) ампициллин

в) альмагель

г) аминазин

17. ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ИСКЛЮЧАЕТСЯ

а) растительное масло

б) отварное мясо

в) свежий хлеб

г) творожная запеканка

18. ВЫБЕРИТЕ ЖЕЛЧЕГОННЫЙ ПРЕПАРАТ

а) омепразол

б) оксафенамид

в) оксациллин

г) ортофен

19. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ РЕБЕНКУ ПРОВОДИТСЯ

а) УЗИ органов брюшной полости

б) анализ на скрытую кровь

в) ФГДС

г) дуоденальное зондирования

20. ДЛЯ КОПРОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРУТ КАЛ

а) утром натощак

б) после очистительной клизмы

в) стерильной петлей

г) из разных мест при самостоятельной дефекации

21. К «ЧРЕЗМЕРНО ГАЗООБРАЗУЮЩИМ» ПРОДУКТАМ ОТНОСЯТСЯ:

- а) овощи (салат, кабачки, брокколи, цветная капуста, томаты, оливки)
- б) фрукты (виноград, бананы, абрикосы)
- в) яйца, горький шоколад, фруктовое мороженое, желе
- г) кондитерские изделия, картофель, баклажаны, цитрусовые, яблоки.

*Укажите номера правильных ответов:*

22. АКТУ СОСАНИЯ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЮТ

- а) хорошо развитые мышцы языка и губ
- б) широкий язык
- в) высокое небо
- г) жировые подушечки щек
- д) короткая уздечка языка
- е) поперечные складки слизистых губ

23. СТУЛ РЕБЕНКА НА ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

- а) золотисто-желтого цвета.
- б) кашицеобразный.
- в) имеет гнилостный запах.
- г) число испражнений 1-2 раза в сутки.
- д) содержит много воды.
- е) имеет, кислую реакцию.

24. СТУЛ РЕБЕНКА НА ИСКУССТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ

- а) светло-желтого цвета.
- б) замазкообразной консистенции.
- в) имеет кислый запах.
- г) содержит много воды.
- д) число испражнений 1-2 раза в сутки.
- е) имеет примесь слизи и зелени.

25. МЯСНЫЕ И РЫБНЫЕ БУЛЬОНЫ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ИЗ ДИЕТЫ ПРИ:

- А) гиперкинетическом типе дисфункции желчного пузыря
- б) при гипотонии желчного пузыря

26. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТСЯ

- а) моторно-секреторные нарушения
- б) нарушение процессов метаболизма в организме
- в) количественные и качественные отклонения в режиме питания
- г) наследственная предрасположенность

27. ПУТИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

- а) энтерогенный
- б) гематогенный
- в) лимфогенный
- г) урогенный

д) бронхогенный

**Эталон ответов теста самоконтроля**

<b>№ задания</b>	<b>Вариант ответа</b>	<b>№ задания</b>	<b>Вариант ответа</b>
1	а	16	а
2	в	17	в
3	в	18	в
4	а	19	в
5	а	20	б
6	г	21	г
7	в	22	в
8	а	23	в
9	г	24	а
10	в	25	б
11	г	26	в
12	б	27	б
13	а	28	б
14	б	29	а
15	в	30	г



### 23. Подготовка ребенка к проведению инструментального исследования с помощью методики терапевтической игры

Терапевтическая игра применяется в педиатрической практике в процессе подготовки ребенка к манипуляциям, операциям, лечебно-диагностическим процедурам.

*Цель терапевтической игры:*

- предотвратить тяжелую реакцию ребенка на госпитализацию;
- вызвать доверие к медицинскому персоналу;
- адаптировать ребенка к пребыванию в стационаре;
- помочь ему преодолеть страхи и фантазии, связанные с лечением.

*Этапы терапевтической игры:*

1. Создать атмосферу доверия ребенка и членов его семьи к лечебному учреждению, избегать негативных реакций, поощрять спокойное поведение, предварительно рассказать о предстоящих вмешательствах на понятном ему языке, используя при этом предметы ухода и манипуляционной техники, поиграть с ним тематическими игрушками (детским фонендоскопом, термометром, шприцем и пр.).
2. После получения необходимой информации о предстоящей процедуре, объяснить ребенку и родителям, что от них потребуется и как им вести себя во время предстоящего вмешательства, рассказать, что он увидит и почувствует в ходе его проведения. Можно проиграть с ним ход процедуры, во время игры убедить, что вы будете рядом и будете его поддерживать.
3. Если во время процедуры планируется присутствие родителей, то нужно обучить их правильному поведению и общению с ребенком во время проведения медицинских манипуляций.

Целесообразнее использовать данную методику подготовки к процедурам у детей начиная с 3 лет.

*Подготовка к процедуре:*

Подготовку детей 3-6 лет начинают за 2-4 часа до вмешательства, 6-12 лет за 1-2 дня, так как дети боятся травмирующих факторов, телесных повреждений. В ходе проведения терапевтической игры ребенка готовят к процедуре, можно показать какие-нибудь медицинские инструменты, видеофильмы о ходе операции или предстоящей манипуляции, спокойно и доступно ответить на все его вопросы о предстоящем вмешательстве (рис.2.).

Во время процедуры: удовлетворять все потребности ребенка: создать атмосферу доверия, предложить ему выразить свои чувства, эмоции, фантазии и страхи, связанные с процедурой, по возможности, во время манипуляций применять обезболивание.

После процедуры: обеспечить общение с родителями или побыть рядом с ним, поощрять его смелость, похвалить за терпение, отвлечь интересным занятием, пока он не почувствует себя комфортно.



Рис. 2. Обучение методике подготовки ребенка к медицинским вмешательствам (фото из архива кафедры).

В возрасте 12-15 лет подготовку необходимо начать за несколько дней до вмешательства, отдельно от родителей.

В ходе терапевтической игры можно использовать рисунки, схемы и пр. Дать правдивую информацию о ходе предстоящей процедуры и предоставить ему самостоятельно все обдумать и настроиться на вмешательство.

Во время процедуры: удовлетворять все потребности ребенка: создать атмосферу сотрудничества, иллюзию равноправного участия, возможность комментировать свои ощущения. При чувстве страха и болевых ощущениях применять методы релаксации, дыхательные упражнения, точечный массаж и другие.

После процедуры: обсудить с ним его ощущения и предоставить возможность поделиться ими со сверстниками.

## 24. Приложение 2.

### 25. Техника проведения беззондового тубажа по Демьянову

Тюбаж имеет ещё одно название, а именно – слепое зондирование. Суть данной процедуры заключается в стимуляции отхождения желчи из желчевыводящих путей. Тюбажи проводятся по назначению лечащего врача 1 раз в неделю.

Утром, за 1 час до подъема, дать выпить ребенку 0,5 стакана теплой дегазированной минеральной воды или 20% раствор магния сульфата;

Уложить ребенка на 1,5-2 часа на правый бок, подложить теплую грелку на область проекции печени.

За несколько минут до окончания процедуры попросить ребенка сделать несколько глубоких вдохов и выдохов.

27. Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями органов пищеварения и желчевыделительной системы

<p>Хронический гастродуоденит</p>	<p>Участковый врач – в 1-й год после обострения – 4 р в год; со 2-го года – 2 раза в год. ЛОР, стоматолог – 2 раза в год. Гастроэнтеролог в 1-й год наблюдения – 2 раза в год (в конце зимы и лета в период противорецидивного лечения). Гастроэнтеролог во 2-й год наблюдения – однократно. В последующие годы по показаниям.</p>	<p>Анализ крови, копрограмма, кал на яйца глистов и цисты лямблей. В конце первого и второго годов наблюдения – ФГДС; рН-метрия желудка, диагностика Н. pylori экспресс-методом – по показаниям. Далее ФГДС, рН-метрия желудка. – по показаниям. Интрагастральная рН, УЗИ органов брюшной полости, исследование на Нр. – 1 раз в год.</p>	<p>Ранняя реабилитация: этиологическое лечение, повышение резистентности слизистой оболочки желудка, диетотерапия, психотерапия, физиолечение. Поздняя реабилитация проводится в условиях поликлиники или санатория. Прием минеральной воды (гидрокарбонатно-натриевой или хлоридно-натриевой) в теплом виде до 38-39°С по 3-4 мл/кг: при пониженной кислотности – за 20 минут до еды, при повышенной кислотности – за 40-50 минут до еды в течении месяца 2-3 раза в год. Назначают минеральные ванны (серные, радоновые), грязи на</p>	<p>К концу года – отсутствие клинических проявлений заболевания, возможны минимальные эндоскопические признаки заболевания, нормализация кислотопродукции, полная эрадикация Н. Pylori. Хорошее самочувствие. При погрешности в питании возможны кратковременные диспепсические явления. В последующие годы наблюдения критерием эффективности реабилитационных</p>
-----------------------------------	--	---	--	---

			<p>эпигастральную область. Проводится фитотерапия по 10-14 дней в месяц 2-3 раза в год. При этом формируются сборы из противовоспалительных (ромашка, зверобой, календула), вяжущих (корень аира, солодки, кора дуба), стимулирующих (плоды шиповника, трава тысячелистника, листья подорожника) трав, заваривают 1:10, пьют по 1/3-1/2 стакана за 15-20 мин. до еды 3 раза в день на протяжении 3 недель). Дополнительным методом является физиотерапия, в период ремиссии назначают глубокие прогревания парафином, озокеритом, грязи на эпигастральную область. Восстановительное лечение (вторичная профилактика) проводятся в условиях поликлиники с условием курортных факторов</p>	<p>мероприятий является отсутствие клинических проявлений заболевания, хорошее самочувствие. Минимальный срок наблюдения до 14 лет.</p>
--	--	--	---	---

			<p>реабилитации, способствующих полной ликвидации болезни, закаливанию организма ребенка. Освобождение от уроков физкультуры на 6 месяцев, далее специальная группа, в последующем – подготовительная. Через 3 года - основная группа. Освобождение от спортивных соревнований. Профилактические прививки через 6-12 мес. после обострения.</p>	
--	--	--	---	--

<p>Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки</p>	<p>Участковый врач наблюдает 1 раз в квартал, а весной и осенью, в период предполагаемого обострения – ежемесячно. А при стойкой ремиссии – 2 раза в год. ЛОР, стоматолог 2 раза в год. Гастроэнтеролог в первый год наблюдения 3-4 раза в год (в том числе в период начала противорецидивного лечения). На 2-м году наблюдения гастроэнтеролог – 2 раза в год в конце зимы и лета, в период противорецидивного лечения; с 3-го года – однократно (в конце зимы); в последующие годы – по показаниям.</p>	<p>Анализ крови и мочи 2 раза в год, госпитализация для обследования и противорецидивной терапии 1-2 раза в год, копрограмма, кал на скрытую кровь – 4 раза в год. ФГДС в 1-й год – 2 раза (через 6 мес. после обострения и в конце года наблюдения), на 2-ом и 3-ем годах – 1 раз, в конце года наблюдения; в последующие годы – по показаниям. Интрагастральная рН, УЗИ органов брюшной полости, исследование на Нр. – 1 раз в год.</p>	<p>Ранняя реабилитация проводится на госпитальном этапе. Поздняя реабилитация осуществляется в местном санатории. Диета №1, через 1-2 года диета №5. Рекомендуется употреблять минеральную воду, начиная с 1,5-2 мл/кг в течение первой недели, затем переходят на полную дозу 3-5 мл/кг за 30-60 мин до еды, подогретую до 38-39°С в течение 3-4 недель. Применяется также физиотерапия, ЛФК. Восстановительное лечение осуществляется в поликлинике, назначается полноценное питание, щадящий режим. Санаторно-курортное лечение – профилакторий или детский оздоровительный лагерь санаторного типа 1 раз в год. Через 6 мес. после санаторного лечения показано курортное лечение. Занятия физкультурой через</p>	<p>Дети наблюдаются до передачи во взрослую поликлинику. К концу 1-го года наблюдения – отсутствие клинических проявлений заболевания. Эндоскопические признаки гастрита, дуоденита умеренные, снижение реактивности кислотопродукции, полная эрадикация <i>H.pylori</i>. При погрешностях в питании возможны кратковременные диспепсические явления. Со 2-го года – отсутствие признаков заболевания; возможны минимальные эндоскопические признаки гастрита, дуоденита, стабильная кислотопродукцирующая функция желудка.</p>
---	---	---	---	---

			<p>6-9 мес. – в специальной группе.</p> <p>Со 2-го года – группа по физкультуре – специальная или подготовительная.</p> <p>Освобождение от спортивных соревнований и избыточных физических нагрузок.</p> <p>Профилактические прививки через год после обострения.</p>	
--	--	--	---	--



<p>Панкреатит</p>	<p>Участковый педиатр: 1-й год – 4 раза, со 2-го года – 2 раза в год. ЛОР, стоматолог 2 раза в год. Гастроэнтеролог – в первый год наблюдения – 2 раза в год, в конце зимы и лета, в период начала противорецидивного лечения; во второй год наблюдения 1 раз в год, в конце зимы, в период начала противорецидивного лечения. В последующие годы по показаниям.</p>	<p>1 раз в 3 месяца на первом году проводятся лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, копрограмма, биохимическое исследование крови (амилаза, липаза и др.) Затем исследования проводятся 2 раза в год. УЗИ, тканевые антитела, глюкозотолерантный тест, содержание инсулина – 1 раз в год.</p>	<p>Ранняя реабилитация проводится на госпитальном этапе. Поздняя реабилитация в местном санатории или в условиях поликлиники с использованием факторов санаторного лечения (диета №5, минеральные воды подогретые до 38-39°С за час до еды, курс лечения 21 день, физиолечение). Широко используется фитотерапия: березовые листья, календула, цветки коровяка, лабазника, семя льна, корень солодки, трава сушеницы, хвоща, фиалки трехцветной, с целью коррекции энергетического обмена в поджелудочной железе и противогипоксического эффекта. Вторичная профилактика или восстановительное лечение проводится в фазе ремиссии с использованием курортного лечения. Важным условием стабилизации процесса и</p>	<p>Диспансерное наблюдение после острого панкреатита проводится в течении 3 лет. Через 3 года ребенка переводят в группу угрожаемых по хроническому панкреатиту с однократным ежегодным осмотром в течение 2 лет. Диспансерное наблюдение детей с хроническим панкреатитом проводится 4 раза в год. С учета дети не снимаются. Критерием эффективности является отсутствие клинических проявлений заболевания, хорошее самочувствие.</p>
-------------------	--	---	--	--

			<p>профилактики обострений является постоянное соблюдение щадящей диеты и лечение сопутствующих заболеваний органов пищеварения. Санаторно-курортное лечение – профилакторий или детский оздоровительный лагерь санаторного типа.</p> <p>Освобождение от занятий физкультурой на 6-9 мес., далее специальная группа. Со 2-го года – специальная или подготовительная, с 3-го – подготовительная или основная. Освобождение от спортивных соревнований.</p> <p>Профилактические прививки проводят через 12 месяцев.</p>	
--	--	--	--	--

<p>Хронические воспалительные заболевания желчевыводящих путей (холецистит, холецистохолангит). Желчнокаменная болезнь</p>	<p>Участковый врач – 1 раз в квартал на 1-ом году наблюдения; далее 2 раза в год (в конце лета и зимы). Гастроэнтеролог – 2 раза в год (в конце лета и зимы в период начала противорецидивного лечения); со 2-го года – однократно. Лор, стоматолог – 1-2 раза в год, другие специалисты по показаниям.</p>	<p>На 1-ом году – дуоденальное зондирование с биохимическим исследованием желчи – 2 раза в год; со 2-го года – 1 раз в год. Анализ кала на яйца глистов и цисты лямблий, общий анализ крови и мочи 2 раза в год. УЗИ – 1 раз в год, холеграфия – по показаниям (при ЖКБ -1раз в год); биохимическое исследование крови – по показаниям.</p>	<p>Ранняя реабилитация заключается в улучшении функции желчевыводящей системы: Диета №5, курсы желчегонных средств в зависимости от нарушений моторики желчевыводящих путей, противовоспалительная терапия химиопрепаратами, лечение паразитов. Физиотерапия (электрофорез магния сульфата, папаверина, новокаина). Поздняя реабилитация предусматривает лечение в местном санатории с использованием воды малой и средней минерализации 2 раза в год курсами по 4-6 нед. с учетом кислотообразующей функции желудка, фитотерапия по 10-14 дней в месяц 2 раза в год., продолжение антибактериальной терапии по схеме, разработанной в стационаре. Вторичная профилактика проводится в</p>	<p>Минимальный срок наблюдения до 14 лет. К концу 1-го года – отсутствие клинических проявлений заболевания, изредка диспепсические проявления, в основном связанные с погрешностями в питании. Хорошее самочувствие. Возможны нарушения биохимического состава желчи и незначительные дискинетические проявления. Со 2-го года – отсутствие клинических проявлений заболевания, хорошее самочувствие.</p>
--	---	---	--	--

			<p>поликлинике с использованием факторов курортного лечения или в условиях курорта. Используется минеральная вода, физиолечение, грязелечение. Освобождение от физкультуры на 6-9 мес., далее – специальная группа. ЛФК. Освобождение от спортивных соревнований и избыточных физических нагрузок. На 2-ом году – группа по физкультуре подготовительная, на 3-ем – основная.</p>	
--	--	--	---	--

<p>Хронический колит</p>	<p>Педиатр – 1 раз в квартал на первом году наблюдения, далее – 2 раза в год. Гастроэнтеролог 1-2 раза в год. ЛОР, стоматолог – 1 раз в год.</p>	<p>Копрограмма – 1 раз в квартал, анализ кала на дисбактериоз – 2 раза в год; ректороманоскопия – 1 раз в год – в первый год наблюдения, далее – по показаниям. С 3-го и в последующие годы контрольно-диагностические исследования по показаниям.</p>	<p>Ранняя реабилитация: Диета №4. При лактазной недостаточности исключается молоко, рекомендуются кисломолочные продукты. При склонности к запорам – отруби, мед, чернослив, овощи. При диарее – отвары из сухой черники, черной смородины, гранат, кисели, протертые белые каши. Медикаментозная терапия. Физиолечение, психотерапия, витаминотерапия (витамины С, В1, В2, В6, фолиевая кислота, никотиновая кислота в течение 3-4 недель), прием минеральной воды, фитотерапия по 10-12 дней каждого месяца в течение полугода. На этапе поздней реабилитации внимание правильному режиму дня, кроме психотерапии внимание уделяется лечебной физкультуре. Минеральные воды: в зависимости от кислотообразующей функции</p>	<p>На первом году наблюдения – отсутствие клинических симптомов заболевания, хорошее самочувствие. Эпизодически могут наблюдаться расстройства стула. Может сохраняться непереносимость молока. Со 2-го года реабилитации, критериями эффективности является отсутствие клинических симптомов.</p>
--------------------------	--	--	---	--

			<p>желудка 2 раза в год. Фитотерапия по 10-14 дней каждого месяца, включая местное орошение (микроклизмы). На этапе вторичной профилактики широко используются факторы курортного лечения, одним из мощных факторов является грязелечение. Санаторно- курортное лечение или оздоровительный лагерь санаторного типа 1 раз в год. Применяются минеральные воды по 30-45 дней в зависимости от кислотообразующей функции желудка 2 раза в год. Фитотерапия по 10-14 дней 2 раза в год. В первый год наблюдения освобождение от занятий физкультурой на 6 месяцев, далее – специальная группа. ЛФК. С 3-го года группа по физкультуре – подготовительная или</p>	
--	--	--	---	--

			<p>основная. Освобождение от соревнований и физических нагрузок. Профилактические прививки разрешены через год по эпидемиологическим показаниям.</p>	
--	--	--	--	--

<p>Неспецифический язвенный колит</p>	<p>Педиатр ежемесячно первые 3 мес. после выписки из стационара, затем 1 раз в 3 мес., с 3-го года – 2 раза в год. Гастроэнтеролог – 1 раз в квартал на 1-ом году, на 2-ом – 2-3 раза в год, с 3-го года – 1-2 раза в год. ЛОР, стоматолог – 2 раза в год. Хирург – 1 раз в год.</p>	<p>Общий анализ крови развернутый – 1 раз в 2 недели в первые 3 мес., далее – раз в месяц – до конца года. Копрограмма – 1 раз в квартал; анализ кала на дисбактериоз 2-3 раза в год; ректороманоскопия – 1 раз в 3 мес. на 1-ом году, на 2-ом – 2 раза в год, с 3 – го 1-2 раза в год. Биохимический анализ крови – 1 раз в квартал, с 3-го года наблюдения – 1-2 раза в год.</p>	<p>Ранняя реабилитация проводится на госпитальном этапе. На этапе поздней реабилитации продолжается диетотерапия №4 с абсолютным исключением молочных продуктов, кроме сливочного масла. Продолжать поддерживающий курс салазопрепаратов до 4-6 месяцев, если гастроэнтерологом не указано другое. Обязательный контроль гемограммы. Ангиопротекторы (трентал, продектин) 2-3 мес., биопрепараты – постоянно; гипосенсибилизирующие средства 10-14 дней. Гепатопротекторы по показаниям. Физиолечение противопоказано. Фитотерапия по 10-14 дней в течение каждого месяца в течении полгода, далее – 2 раза в год. Психотерапия.</p>	<p>На 1-ом году наблюдения – нормализация стула, отсутствие патологических примесей, уменьшение симптомов астенизации. При эндоскопическом исследовании – отечность слизистой оболочки, размытость сосудистого рисунка, легкая контактная кровоточивость. На 2-ом году – отсутствие клинических симптомов, хорошее самочувствие. Эндоскопически – незначительная смазанность сосудистого рисунка, легкая отечность слизистой. Динамическое наблюдение до передачи во взрослую сеть.</p>
---------------------------------------	--	--	--	---



			<p>Восстановительное лечение: Диета №4 с абсолютным исключением молочных продуктов. С 3-го года можно попробовать вводить творог; кисломолочные продукты, свежие овощи, фрукты под строгим контролем функций кишечника.</p> <p>Витаминотерапия: А, В, С, РР, фолиевая кислота – 1-2 мес., трихопол 10-14 дней; биопрепараты 1-2 мес., ангиопротекторы (трентал, продектин) 1 мес.</p> <p>Физиолечение противопоказано.</p> <p>Фитотерапия по 10-14 сеансов 2-3 раза в год.</p> <p>Санаторно-курортное лечение не показано. Освобождение от занятий физкультурой.</p> <p>Лечебная физкультура не показана. Профилактические прививки противопоказаны.</p>	
--	--	--	--	--

## 29. Подготовка ребенка к проведению эзофагогастродуоденоскопии

Эндоскопическое исследование – информативный инструментальный способ обследования желудка и двенадцатиперстной кишки. Технологически его можно делать даже самым маленьким пациентам – новорожденным. На практике же такая процедура для малышей является крайней мерой, если только другие методы диагностики не прояснили ситуацию. Проведение эндоскопического исследования ребенку требует подготовки, терпения и беспрекословного подчинения указаниям специалиста ее проводящего. С помощью эндоскопического исследования выявляются пороки развития, воспалительные и дистрофические изменения слизистой оболочки пищеварительных органов. Эндоскопическое исследование – это неприятная процедура, которая доставляет дискомфорт больному. Гибкую конструкцию в виде эластичной трубки аккуратно вводят в ЖКТ пациента для осмотра слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Дистальный конец аппарата оборудован оптической системой, которая передает изображение на специальный экран. Детям проводят обследование так же, как и взрослым. Во время диагностики можно не только обнаружить очаги поражения внутренней оболочки органов, но и осуществить забор материала для дополнительного исследования, например, биопсии.

Общими показаниями к гастроскопии считаются:

- боли в животе;
- желудочно-кишечные кровотечения;
- подозрения на наличие новообразований в пищеварительном тракте;
- постоянная рвота;
- заболевания поджелудочной железы и желчного пузыря;
- признаки острой кишечной непроходимости;
- регулярная тошнота;
- наличие инородных тел в желудке.

Все показания для проведения эндоскопии условно делятся на:

1. Плановые – гастроскопию делают при наличии патологических симптомов или для оценки эффективности лечения.
2. Экстренные – срочно нужна диагностика для выяснения причин острого состояния ребенка, требующего неотложного вмешательства.

Эндоскопическое исследование ребенку делают на специальном оборудовании, разработанном для детей.

Детям до 5 лет гастроскопию проводят во сне, под общей анестезией. Это необходимо, чтобы пациент во время обследования не мешал врачу. Благодаря наркозу при выполнении необходимых манипуляций, приступы тошноты и рвоты у детей отсутствуют. По окончании ФГС ребенок

испытывает чувство дискомфорта, а после седации возможны головокружения и слабость.

При диагностике оценивается состояние слизистой, рельеф внутреннего эпителия органов пищеварительной системы. Помимо этого, врач может обнаружить у маленького пациента эрозии, язвы, полипы и новообразования.

Как правило, гастроскопия длится от 20 до 40 минут. Исходя из объемов исследуемой поверхности и применяемой технологии, различают:

- Фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) – проводится скрупулезная оценка слизистой и структурных слоев верхних пищевых путей (глотки), а также желудка и двенадцатиперстной кишки. Таким образом, осматривается весь пищеварительный тракт.

- Фиброгастроскопия (ФГС) – оценивается состояние пищевода и полость желудка. Единственной разницей между данным видом и ФГДС является глубина исследования.

- Видеоэзофагогастродуоденоскопия (ВЭГДС) – современный вариант диагностики, который фиксирует и сохраняет полученные данные на съемных носителях (флеш-накопителе, DVD-диске, карте памяти). В таких случаях применяются специальные гибкие эндоскопы, которые легко проникают в слепые зоны.

В проведении процедуры принимают участие:

- Врач-эндоскопист;
- Анестезиолог – проводит обезболивание и следит за состоянием пациента;

- Медицинская сестра эндоскопического отделения/кабинета, которая помогает врачу во время исследования, готовит оснащение и аппаратуру, проводит дезинфекцию и стерилизацию оборудования.

При выполнении ФГДС по экстренным показаниям, содержимое удаляют из желудка через зонд.

Плановое обследование назначается на утреннее время, строго натощак. Пациент не должен употреблять пищу за 10-12 часов до процедуры. Грудничков можно не кормить за 6 часов до проведения эндоскопии. Напитки желательно не давать детям в течение 3-4 часов до проведения процедуры. Если ребенок принимает какие-то лекарства, следует предварительно проконсультироваться с врачом. За 2-3 дня до процедуры рекомендуется исключить из рациона ребенка тяжелые для переваривания блюда. Последний прием пищи должен состоять из легкоусвояемых продуктов в жидком виде или кашицеобразной форме. Перед обследованием ребенка нужно сводить в туалет.

Важным аспектом в данном вопросе является психологическая подготовка детей старшего возраста. Для этого заранее в доступной форме объясняют пациенту важность проведения диагностики, суть процедуры и причины появления дискомфорта. Все направлено на сведение к минимуму волнения и страха ребенка перед манипуляцией.

Подготовка к исследованию детей до 5-ти лет проводится с учетом планируемой общей анестезии. Накануне исследования легкий ужин, в день исследования ребенок не завтракает и не пьет. После окончания исследования ребенок будет находиться в послеоперационной палате, где медицинская сестра проводит динамический контроль за состоянием, показателями жизненно важных функций: измеряет артериальное давление на лучевой артерии, контролирует ритмичность пульса и дыхания. Через два часа ребенку дают попить, а через четыре часа можно его покормить.

Ожидаемые симптомы после проведения ФГДС:

- дискомфорт в животе и неприятные ощущения связаны с механическим воздействием на слизистую оболочку ЖКТ эндоскопической трубки и вспомогательного оборудования, как правило, они проходят через 1-2 дня.

Симптомы, требующие врачебного вмешательства:

- лихорадка и/или озноб;
- резкая боль в животе;
- стул черного цвета (мелена);
- рвота и отказ от пищи.

### 31. Подготовка пациента к проведению комплексного ультразвукового исследования органов брюшной полости

Ультразвуковой метод в настоящее время является самым распространенным методом визуализации внутренних органов и тканей. Он максимально сочетает в себе безопасность и информативность. Ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости – комплексное обследование, во время которого проводят диагностику желудка, кишечника, пищевода, поджелудочной железы и печени.

При подготовке пациента к ультразвуковому сканированию необходимо предоставить ребенку (если позволяет возраст), родителю (лицу его замещающему), информацию о методике проведения, предварительной подготовке к исследованию.

При проведении планового обследования, подготовка заключается в соблюдении предварительной диеты и психологической подготовке, в том числе с использованием методики «терапевтическая игра».

*Общие рекомендации следующие:*

- Если обследование проходит в холодное время и в кабинете УЗИ прохладно, то с собой нужно взять дополнительную пеленку, которую можно постелить сверху одноразовой пеленки из нетканого материала;
- Ребенок должен быть одет так, чтобы область живота можно было освободить для осмотра быстро и легко – подойдет кофточка на пуговицах или молнии;
- Для отвлечения малышей необходимо захватить игрушки;
- При исследовании сократительной функции желчного пузыря понадобится специальный пробный завтрак, который нужно принести с собой на исследование. Как правило в этом качестве используют 2 вареных желтка или 250 г. кисломолочных продуктов (сметана, йогурт), в некоторых случаях рекомендуют взять печенье или шоколадку.
- За трое суток до УЗИ из рациона исключают продукты, приводящие к повышенному газообразованию: молоко и молочные продукты (кашу варят на воде); бобовые; мучное и сдобное; сладости; капусту; лук; грибы; топинамбур; свежий или черный хлеб; овощи в сыром виде (из-за долгого переваривания); напитки с газом, квас; свежий виноград; свежие фрукты, непосредственно влияющие на работу кишечника.
- Оставить в меню разрешается следующие блюда: ячневую, гречневую и овсяную каши на воде; мясо курицы и говядину; вареную или паровую нежирную рыбу; одно куриное яйцо в день; обезжиренный сыр или творог.

- Непосредственно процедура исследования делается натощак, поэтому принимать пищу, пить, жевать жевательную резинку, принимать лекарства и сосать леденцы не рекомендуется.
- Если ребенку меньше года, то его можно кормить за 2-3 часа до обследования, сутки до исследования исключить соки и фруктовые пюре; ребенка до трех лет не стоит кормить за 4 часа; детям от 3-х лет необходимо отказаться от еды за 6-7 часов.
- За час до процедуры ребенку нельзя давать даже пить.
- При выраженном метеоризме можно прибегнуть к следующим препаратам: Эспумизан (Espumisan, 0,3 мл/20мг. перед каждым приемом пищи, детям старше 12 лет по 1-2 таблетки после каждого приема пищи) или Симетикон (Simethicone, от рождения до 6 лет – 10-15 капель, старше 6 лет – 15-20 капель 2 раза в день смешивая с грудным молоком или водой).
- В случае запора перед УЗИ врач может назначить ребенку: Фортранс (Fortrans, содержимое пакетика растворить водой и выпить ребенку), Дюфалак (Duphalac, до года 5 мл. 1-6 лет 5-10 мл, 7-14 лет 15 мл.), Транзипег (Transipeg, детям 1-6 лет 1-2 саше 2, 95 г. в сутки растворив в 50 мл. воды, 6-12 лет – 8,85 г. в 50 мл. воды), Нормолакт (Lactulose, до года – 2,5-5 мл, 1-7 лет – 5-10 мл, 7-14 лет – 15 мл., старше 14 лет – 15-45 мл. утром во время завтрака). При отсутствии эффекта – очистительная клизма, накануне вечером и утром за 2-3 часа до исследования или Микролакс (MicroLax).

Идеальное время для УЗИ брюшной полости – утро, когда маленький пациент еще только проснулся, его организм настраивается на работу и он сможет выдержать небольшое ограничение в еде.

УЗИ органов брюшной полости детям проводится на протяжении 10-15 минут иногда дольше в зависимости от каждого конкретного случая в присутствии родителя или лица его замещающего:

- Ребенка укладывают на кушетку, область живота освобождают от одежды.
- На середину живота врачом наносится специальное средство – гель, для обеспечения соприкосновения с кожей и скольжения датчика. Гель не имеет цвета и запаха, не вызывает аллергических реакций.
- Во время процедуры врач может потребоваться задержать дыхание или повернуться на бок для лучшей достоверности.
- Определенное значение имеет динамическое УЗИ диаметра и сократительной функции ЖП с использованием жирных завтраков, стимулирующих выработку холецистокинина, увеличивающего холестаза. После пробного завтрака измерения холедоха проводят каждые 15 мин. В течение 1 часа. Увеличение его диаметра на 2 мм. и более, по сравнению с исходным, позволяет предположить наличие неполной обструкции холедоха.
- Для изучения изменения диаметра панкреатических протоков используется проба с введением секретина в дозе 1 мг/кг. В норме после стимуляции

секретином при УЗИ отмечается расширение панкреатического протока в течение 30 мин. С последующим его уменьшением до исходного уровня. Если проток остается расширенным в более 30 мин., это свидетельствует о нарушении его проходимости.

*Существуют следующие ограничения к проведению процедуры:*

- После рентгеноскопии с использованием контрастных средств (ирригоскопии, гастрографии) требуется отсрочка в течение не менее чем двух суток;
- Спустя два дня можно проводить ультразвуковое исследование после эндоскопической манипуляции (колоноскопии, фиброгастродуоденоскопии) на органах пищеварительного тракта;
- Отсрочка перед УЗИ от трех до пяти дней требуется после проведения пневмоперитонеума и лапароскопии.

*Качественному исследованию могут помешать:*

- спазмы мускулатуры внутренних органов;
- переполнение кишечника газами;
- двигательная активность во время диагностики.

Во время процедуры медицинская сестра должна удовлетворять физиологические потребности ребенка, поддерживать, успокаивать. По окончании процедуры, приободрить ребенка, похвалить за смелость, предоставить возможность общения с родителями, если они не присутствовали при исследовании.

Вот уже более двадцати лет УЗИ широко применяется в педиатрии. Волны, испускаемые аппаратом УЗИ, не вызывают лучевую нагрузку на организм, а также не соответствуют по характеристикам и природе возникновения радиоактивным волнам. Они имеют характерный диапазон, который тело человека не воспринимает и не чувствует. Множество природных явлений производят подобные ультразвуковые колебания, например, шум морского прибоя или дуновение ветра. Некоторые животные способны испускать эти волны, например, дельфины и летучие мыши. Подобная информация в виде памятки или буклета, поможет родителям и детям школьного возраста преодолеть страх и сомнения перед исследованием.

### 33. Подготовка пациента к проведению исследования кала на скрытую кровь

В задачи медицинской сестры входит донести до родителей, в доступной для понимания форме, необходимость качественной подготовки к исследованию.

*Цель:* выявить скрытое кровотечение.

В течение 2-3 дней из рациона ребенка исключают мясо, рыбу, все виды зеленых овощей, томаты, а также лекарственные препараты, содержащие железо, медь и другие металлы.

Использовать фекалии, полученные при самостоятельной дефекации кал не должен содержать посторонние примеси, например: мочу, воду, дезинфицирующие средства. Не исследовать кал после клизмы, применения ректальных свечей, приема слабительных средств, во время диареи, в первые 2-3 дня после рентгенологического исследования ЖКТ с введением сернокислого бария.

Для анализа необходимо взять не менее 10 г каловых масс специальным шпателем в одноразовый контейнер. Отправить материал в лабораторию в сопровождении направления сразу или (допустимо) в течении 8-12 часов после акта дефекации, при условии его хранения в холодильнике при температуре +3+4 °С.



### 35. Оценка боли у ребенка

Для оценки боли применяются специальные шкалы. Чтобы использовать их эффективно, нужно подбирать шкалы в зависимости от возраста ребенка. Для новорожденных, детей до 3-х лет, от 3-х до 7-лет, для подростков разработаны разные инструменты. Шкалы могут применять как врачи и медсестры, так и родители детей. При оценке боли учитываются невербальные знаки со стороны пациента, уровень его развития и интеллекта. Стоит помнить: если ребенок не говорит о боли, это не значит, что ее нет. Возможно он боится последствий, например, уколов, или наоборот, считает, что отрицание боли – проявление силы и храбрости. Дети чуть постарше могут описывать интенсивность своей боли и локализовать ее. Дети старше 8 лет способны описывать боль в контексте своего опыта, а подростки – подробно рассказывать о причинах боли и детально описывать свои болевые ощущения. Всегда необходимо спрашивать о боли не только ребенка, но и тех, кто находится рядом, видит ребенка каждый день и может оценить его состояние в динамике. Мамы и папы, опекуны, няни или медсестры могут дать действительно важную информацию: ел ли сегодня ребенок, отказывался ли он от питья, разговаривает ли он сегодня, как можно оценить его позу и насколько она для него естественна.

При заполнении шкалы необходимо не только оценивать поведение пациента, физиологические параметры, но и обязательно выявить причину боли, чтобы по возможности устранить ее и обезболить ребенка.

Важно сказать, что идеальных шкал для оценки боли нет. Они не всегда дают объективную ситуацию, и относиться к ним нужно как к ориентировочным методикам. Но несмотря на это, нужно их обязательно использовать, так как это дает возможность оценки интенсивности боли. Нужно выбрать одну методику для пациента и применять ее постоянно.

#### **Шкала Вонга-Бейкера (Face scale)**

Используется для детей в возрасте от 3 до 7 лет. При работе с этой рейтинговой шкалой ребенку необходимо выбрать одно из нарисованных лиц, которое соответствует его самочувствию. Иногда, используя эту шкалу, ребенок может больше ориентироваться на свои эмоции, чем на боль. 0 – счастлив, нет боли, 5 – плачет, несчастен, испытывает нестерпимую боль. Поэтому эта шкала не всегда бывает адекватна для оценки боли.


					
0	1	2	3	4	5
Не болит	Немного болит	Болит сильнее	Болит значительно сильнее	Очень болит	Болит нестерпимо


Рис.3 Шкала Вонга-Бейкера (Face scale) (Методические рекомендации «Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи»).

### Шкала Oucher


Аналог шкалы Вонга-Бейкера – десятибалльная шкала Oucher, на которой представлены фотографии лиц детей с нарастающей болью и без нее.


**OUCHER!**


10 — 


9 — 

8 — 

7 — 

6 — 

5 — 

4 — 


3 — 

2 — 


1 — 


0 — 


**OUCHER!**


10 — 


9 — 


8 — 

7 — 

6 — 

5 — 

4 — 


3 — 


2 — 

1 — 


0 — 


**OUCHER!**


10 — 


9 — 


8 — 

7 — 

6 — 

5 — 

4 — 

3 — 

2 — 

1 — 

0 — 

Рис. 4 Шкала оценки боли Oucher (Источник: [www.oucher.org](http://www.oucher.org))

### Шкала Эланда (Eland body tool)

Также для детей от 3 до 7 лет может применяться цветная шкала Эланда (Eland body tool). Интенсивность боли ребенок определяет с помощью цвета: сильная боль – красный цвет, умеренная боль – оранжевый, слабая боль – желтый. Также шкала позволяет определить локализацию боли.

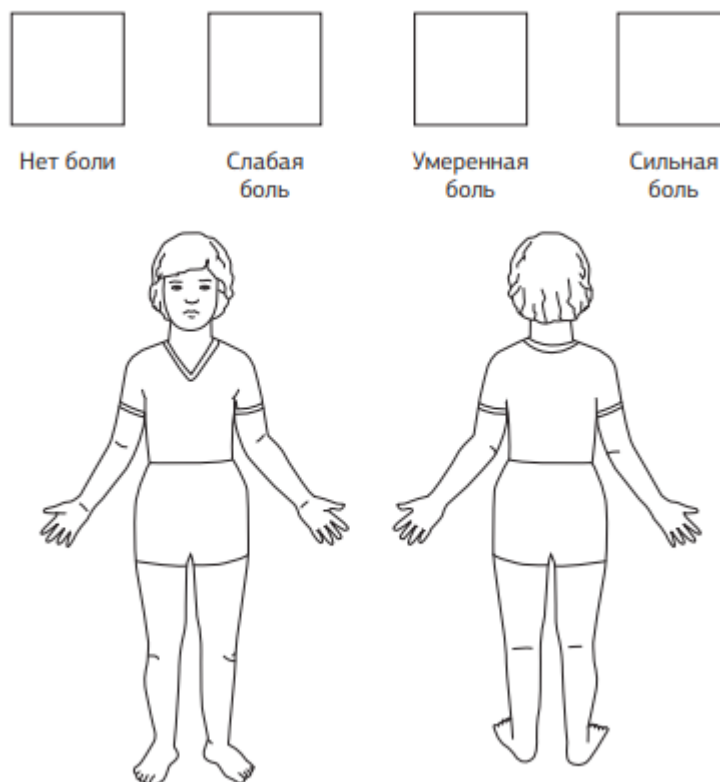


Рис. 5 Шкала оценки боли Эланда (Методические рекомендации «Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи»)

### Шкала рук (Hand scale)

Пятибалльная шкала, которая показывает колебания боли при помощи одной руки. Сжатая в кулак рука означает отсутствие боли, полностью раскрытая ладонь – нестерпимую боль. Применяется для детей старше 3 лет.



Рис. 6 Шкала рук (Hand scale) (Методические рекомендации «Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи»).

### Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)

Подходит для детей старше 7 лет, которые понимают значение цифр. На вертикальной шкале с изображением цифр от 0 до 10 ребенок должен подвинуть полосу вверх или вниз (или показать пальцем) на ту высоту шкалы, с которой он ассоциирует свои болевые ощущения. Аналог такой шкалы – нумерологическая оценочная шкала (НОШ).



Рис. 7 Визуально-аналоговая шкала боли (Методические рекомендации «Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи»).

### Интерпретации шкалы для оценки боли

Объяснить ребенку, что методика применяется для оценки интенсивности боли, а не его тревоги или страха перед болью.

По возможности получать регулярные оценки боли и наблюдать эффект обезболивающих мер, а также клинических вмешательств, способных усилить боль, таких как инъекции.

Учитывать записанные оценки боли при планировании лечения.

У детей раннего возраста и детей с когнитивными нарушениями применять наблюдательные методики.

Расхождения оценок боли, данных ребенком, родителем и медицинским персоналом можно прояснить в ходе обсуждения.

## 36. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

### *Основная*

- a.i.1.** Арсентьев В.Г., Сергеев Ю.С., Староверов Ю.И. Хронический гастродуоденит и функциональная диспепсия у детей с позиций доказательной медицины. Мифы и реальность // Педиатрия. – 2014. – 93(6). – 69–74.
- a.i.2.** Детская гастроэнтерология: руководство для врачей / под ред. проф. Н.П.Шабалова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : МЕДпресс-информ, 2019. – 792 с. : ил.
- a.i.3.** Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций : учебное пособие/ Н.В. Широкова, И.В Островская М.; ГЭОТАР- Медиа, 2015 -160 с.
- a.i.4.** Педиатрия. Национальное руководство: в 2 томах – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, том 1–1024 с.
- a.i.5.** Педиатрия с детскими инфекциями / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев – М.; ГЭОТАР- Медиа, 2013 -560 с.
- a.i.6.** Тульчинская В.Д. Сестринская помощь детям, «Феникс», Ростов-на-Дону, 2015. – 368 с.

### *Дополнительная*

- 1. Бельмер С.В., Приворотский В.Ф. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у детей: отечественный рабочий протокол 2013 года // Лечащий врач. – 2013. – 8. – 2–7.
- 2. Бельмер С.В., Гасилина Т.В., Коваленко А.А. Внутрижелудочная рН-метрия в детской гастроэнтерологии. Методические аспекты. Издание второе, переработанное. – М.: РГМУ. – 2001. – 20 с.
- 3. Блинова А.С., Звягин А.А., Почивалов А.В. Гастроэнтерологические заболевания у детей. – М.: Феникс, 2008. – 92 с.
- 4. Болезни поджелудочной железы у детей / С.В.Бельмер, А.Ю.Разумовский, Е.А.Корниенко, В.Ф.Приворотский. – М.: Медпрактика-М, 2015. – 452 с.
- 5. Бордин Д.С., Янова О.Б., Валитова Э.Р. Методика проведения и клиническое значение импеданс-рН-мониторинга. Методические рекомендации. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М». 2013. 27 с.
- 6. В помощь практикующей медицинской сестре : Инструментальная диагностика. Информированное согласие и подготовка к исследованиям. № 5(59) 2016 (Периодическое издание).

7. Корягина Н.Ю., Широкова Н.В. Организация специализированного сестринского ухода : учебное пособие/ Н.Ю. Корягина [и др.]; под редакцией З.Е. Сопиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 – 464 с.
8. Национальный стандарт Российской Федерации Технология выполнения простых медицинских услуг манипуляции сестринского ухода ГОСТ Р 52623.3—2015
9. Национальный стандарт Российской Федерации Технология выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств ГОСТ Р 52623.4—2015
10. Парменова Л.П. Состояние кислотообразующей функции желудка при заболеваниях верхних отделов пищеварительного тракта у детей. Смоленский медицинский альманах, 2019, №3, с. 122-126.
11. Приказ МЗ РФ № 834н от 15.12.2014 г. «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, порядков по их заполнению».
12. Приказ МЗ РФ от 05.08. 2003 г. № 330 «О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации» с изменениями и дополнениями от 21.06.2013 г.
13. Приказ Минздрава России № 920н от 15.11.2012 г. «Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «диетология».
14. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 апреля 2012 г. N 390н «Об утверждении Перечня определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи».
15. СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
16. СанПиН 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходам...».
17. Стандарт специализированной медицинской помощи детям при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Приказ Минздрава России от 7 ноября 2012 г. № 638н.
18. Стандарт первичной специализированной медико-санитарной помощи детям при язве желудка и двенадцатиперстной кишки (обострение). Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. N 659н.

19. Циммерман Я.С. Язвенная болезнь: критический анализ современного состояния проблемы // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. 149(1). С 80-89.
20. Щербаков П.Л., Лобанов Ю.Ф. Детская гастроэнтерология - настоящее и будущее. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2011; 1: 3-8. [https://elibrary.ru/download/elibrary\\_15581541\\_35143258.pdf](https://elibrary.ru/download/elibrary_15581541_35143258.pdf)
21. Эрдес С.И., Полищук А.Р., Топольскова И.А. Многоканальная внутрипросветная импеданс-рН-метрия и ее возможности при ГЭРБ у детей // Альманах клинической медицины. 2015 Ноябрь. № 42. С. 12–22.

[Библиотека литературы по функциональной гастроэнтерологии](#)

<https://GastroScan.ru/literature/>

[Учебные пособия для врачей и обучающихся медицине](#)

*Учебное издание*

**Демидова** Татьяна Викторовна

**Сестринский уход при заболеваниях органов  
пищеварения у детей**

*Учебное пособие  
для студентов*