Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования «Красноярский государственный медицинский

университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фармацевтический колледж

**УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА**

«Организация сестринского процесса при анемии у детей раннего возраста»

 34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования

код и наименование специальности

 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

междисциплинарный курс

 Сестринский уход за больными детьми различного возраста

дисциплина

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Студент |  |  |  | Вагнер А.А. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Фукалова Н.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

Работа оценена: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2020г

**Оглавление**

[ГЛАВА 1. АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗВРАСТА. 4](#_Toc44515179)

[1.1. Понятие анемии, этиология, патогенез ,причины. 4](#_Toc44515180)

[1.2. Классификация и клиническая картина анемии у детей. 5](#_Toc44515181)

[1.3. Диагностика и лечение анемии. 7](#_Toc44515182)

[1.4 Профилактика анемии. 7](#_Toc44515183)

[ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ. 9](#_Toc44515184)

[2.1 сестринский процесс. 9](#_Toc44515185)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 11](#_Toc44515191)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 12](#_Toc44515192)

Актуальность изучение данной темы является необходимым в связи с тем, что анемии встречаются достаточно часто. По данным ВОЗ железодефицитные состояния встречаются у каждого 5-6 человека планеты, чаще регистрируются в социально и экономически неблагополучных странах. Латентный дефицит железа встречается у каждого 2-го до трёх лет жизни. Манифестный дефицит железа отмечается у 24-74% детей в различных регионах мира.

Цель: изучить тему и особенности сестринского процесса при анемии.

Предмет исследования: анемия у детей раннего возраста.

Задачи:

1. Изучить материал для исследования.
2. Изучить профилактику анемии у детей раннего возраста.
3. Составить сестринский процесс при анемии у детей раннего возраста.

# ГЛАВА 1. АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗВРАСТА.

## 1.1. Понятие анемии,этиология, патогенез ,причины.

Анемия  (малокровие) – патологическое состояние, сопровождающееся снижением уровня гемоглобина и эритроцитов в крови ребенка.

**Этиология:**

1.Течение беременности у матери (недоношенность, многоплодие, анемия у ма­тери, токсикоз второй половины беременности, инфекц. Заболевания, кровотечения)

2. Раннее искусственное вскармливание с использованием неадаптированных молочных смесей, вскармливание коровьим или козьим молоком, преимущественно углеводистой пищей, вегетарианской. Позднее введение соков, овощного и мясного прикорма

3. Ускоренный темп роста ребенка (недоношенные с большой прибавкой массы тела, дети с лифатическим типом конституции, дети пре- и пубертатного возраста)

4. Кровотечения разной этиологии, нарушение кишечного всасывания, дисфагия, инфекционный процесс, острые заболевания ЖКТ

**Патогенез:**

Большая часть железа в организме ребенка первых лет жизни (до 80% у новорожденного) содержится в эритроцитах в виде гемоглобина — основного переносчика кислорода. Синтез гема и его предшественника — протопорфирина IX — из глицина и янтарной кислоты сложный ферментативный процесс, в котором участвуют витамин Вб, пантотеновая кислота, липоевая кислота, производные тиамина, а в качестве кофакторов — медь и железо. Железо включается в гем уже на конечных этапах синтеза ге­моглобина, происходящего в нормобластах костного мозга. При снижении уровня железа в сыворотке и количества его в костном мозге, этот процесс нарушается. Нормобласт более медленно достигает критической массы, необ­ходимой для его деления, или делится преждевременно, образуя неполно­ценные мелкие (микроциты) и содержащие мало гемоглобина (гипохромные) эритроциты. Снижаются суточный эритропоэз и его эффективность. Сидеропения, нарушает образование гемоглобина и миоглобина, а также целого ряда тканевых ферментов (цитохромы, пероксидазы, хромоксидазы, пирролазы, каталазы), которые обеспе­чивают транспорт кислорода и электронов, разрушение перекисных соедине­ний, окислительно-восстановительные процессы в клетках, всасывание самого железа. При этом особенно значительно нарушается функция постоянно реге­нерирующих барьерных тканей и мембран, извращается метаболизм, клеток, развиваются смешанный (гемический и тканевый) ацидоз, микроциркуляторные и трофические расстройства. Тотальное поражение органов и тканей на клеточном уровне выражается в полиморфной и малоспецифичной клини­ческой картине железодефицитной анемии.

**Причины:**

1. Дефицит поступления в организм железа или нарушение метаболизма, связанного с обменом этого макроэлемента. Самой банальной причиной, почему развивается анемия у грудного ребенка, является неправильное вскармливание и неправильное введение прикорма в возрасте 6 месяцев, а также различные генетические нарушения обмена железа в организме детей.
2. Нарушения образования эритроцитов в костном мозге. Причиной такого явления в организме могут быть онкологические процессы, связанные с костномозговыми ростками, из которых образуются клетки крови, а также облучение ребенка ионизирующей радиацией. Довольно часто анемия у детей раннего возраста в сочетании с наличием в крови бластных клеток (предшественники зрелых кровяных клеток) и избытка лимфоцитов связано с этими причинами.
3. Если детский организм теряет кровь в результате острого процесса или хронической патологии, компенсаторные резервы организма рано или поздно истощаются, что ведет к снижению числа эритроцитов и, следственно, гемоглобина в крови.
4. Разрушение эритроцитов из-за действия гемолитических ядов, токсинов бактерий или действия вирусов, что обозначается термином «гемолиз». Он всегда сопровождается снижением уровня гемоглобина.
5. Дефицит витамина В12 (цианокобаламина) и В9 (фолиевой кислоты), который нарушает нормальный процесс синтеза гемоглобина в организме ребенка, что и ведет к развитию анемии.

## 1.2. Классификация и клиническая картина анемии у детей.

**Классификация**

I. [Постгеморрагические анемии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/hemorrhagic-anemia) у детей, обусловленные с острой или хронической кровопотерей.

II. Анемии у детей, обусловленные нарушением гемопоэза:

* [железодифицитные](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/iron-deficiency-anemia) (гипохромные)
* наследственные и приобретенные железонасыщенные (сидероахрестические - связаны с дефектами синтеза порфиринов)
* мегалобластные ([В12–дефицитные](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/pernicious-anemia) и [фолиеводефицитные](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/folate-deficiency-anemia))
* наследственные и приобретенные дизэритропоэтические
* наследственные и приобретенные гипопластические и [апластические](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/aplastic-anemia) (связаны с угнетением кроветворения)

III. Наследственные и приобретенные [гемолитические анемии у детей](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/hemolytic-anemia), обусловленные повышенным разрушением эритроцитов и преобладанием процесса кроворазрушения над процессом кровообразования (мембранопатии, ферментопатии, [гемоглобинопатии](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/hemoglobinopathy), аутоиммунные анемии, гемолитическая болезнь новорожденных и др.).

**Клиническая картина:**

Клиника железодефицитной анемии у ребенка неспецифична и может протекать с преобладанием астено-вегетативного, эпителиального, диспепсического, сердечно-сосудистого, иммунодефицитного, гепатолиенального синдрома.

Астено-вегетативные проявления у детей с железодефицитной анемией обусловлены гипоксией органов и тканей, в т. ч. головного мозга. При этом может отмечаться мышечная гипотония, отставание ребенка в физическом и психомоторном развитии (в тяжелых случаях – интеллектуальная недостаточность), плаксивость, раздражительность, [вегето-сосудистая дистония](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/vegeto-vascular_dystonia), головокружения, ортостатические [коллапсы](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/urgent/collapse), [обмороки](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/syncope), [энурез](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_urology/enuresis).

Эпителиальный синдром при железодефицитной анемии у детей сопровождается изменениями со стороны кожи и ее придатков: [сухостью кожных покровов](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/dry_skin), [гиперкератозом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/hyperkeratosis) кожи локтей и коленей, появлением трещин на слизистой рта ([ангулярный стоматит](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/stomatitis)), [глосситом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/glossitis), [хейлитом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_stomatology/heilit), тусклостью и активным [выпадением волос](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_trihology/vypadenie_volos), ломкостью и исчерченностью ногтей.

Диспепсические явления при железодефицитной анемии у детей включают снижение аппетита, [анорексию](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/anorexia), дисфагию, [запоры](https://www.krasotaimedicina.ru/symptom/constipation/child), метеоризм, диарею. Характерно изменение обоняния (пристрастие к резким запахам бензина, лаков, красок) и вкуса (желание есть мел, землю и пр.). Поражение ЖКТ приводит к нарушению процесса всасывания железа, что еще более утяжеляет железодефицитную анемию у детей.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы возникают при тяжелой степени железодефицитной анемии у детей и характеризуются [тахикардией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/tachycardia), одышкой, [артериальной гипотонией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/arterial-hypotension), сердечными шумами, дистрофией миокарда. Синдром иммунодефицита характеризуется длительным немотивированным субфебрилитетом, частыми ОКИ и [ОРВИ](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/respiratory-viral-infections), тяжелым и затяжным течением инфекций.

Гепатолиенальный синдром ([гепатоспленомегалия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/hepatosplenomegaly)) обычно встречается у детей, страдающих тяжелой железодефицитной анемией, [рахитом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/rachitis) и анемией.

## 1.3. Диагностика и лечение анемии.

**Диагностика:**

Основной метод исследования при подозрении, что у ребенка присутствует анемия, – это лабораторные анализы. Так, в клиническом анализе крови сразу видно снижение уровня гемоглобина – менее 110 г/л.

Иногда для установления точной причины симптоматики нужна биопсия костного мозга с последующим гистологическим исследованием.

Диагностика позволяет установить степень тяжести и форму анемии. По ее результатам ребенку могут потребоваться консультации у узкопрофильных врачей (нефролога, гастроэнтеролога, гинеколога и др.), обследования почек (УЗИ) и органов ЖКТ (УЗИ брюшной полости, ЭГДС).

 **Лечение:**

Когда анемия у детей является не самостоятельным заболеванием, а симптомом другой патологии, все меры направляются на лечение первичного очага. В других же случаях первое, что должны делать родители, если у ребенка анемия, – это скорректировать его рацион. Необходимо не только сбалансированное питание, но и правильный режим приема пищи.

Если ребенок находится на вскармливании материнским молоком, то нужно в первую очередь скорректировать рацион матери – включить в него не только богатые железом продукты, но и препараты железа, поливитаминные комплексы. Не следует затягивать с введением прикорма – мясного пюре, яичного желтка, фруктовых и овощных соков, овощей. Когда ребенок – на искусственном вскармливании, то педиатр должен назначить специальную молочную смесь с повышенным содержанием железа.

Клинические рекомендации для детей при анемии также включают дополнительный сон, достаточные прогулки на свежем воздухе, УФО, массаж, ежедневную гимнастику.

При анемии также проводится медикаментозное лечение, включающее препараты железа, поливитаминные комплексы на срок в среднем 1,5-2,5 месяца или до нормализации у детей клинических показателей крови. Если случай тяжелый, врач может назначить гемотрансфузию (переливание эритроцитарной массы).

## 1.4 Профилактика анемии.

**В основе профилактики анемии у новорожденных лежит, прежде всего, сбалансированное питание будущей мамы.** Ее рацион должен быть разнообразным и включать в себя продукты с высоким содержанием меди железа, различных микроэлементов и витаминов.

* Примерно со второго триместра беременности врач может назначить дополнительные препараты железа, фолиевой кислоты и витаминных комплексов. Принимать их желательно вплоть до самого окончания грудного вскармливания. Препараты железа назначаются всем женщинам при первой или многоплодной беременности.
* Уже после появления ребенка на свет предотвратить развитие у него анемии поможет грамотная организация режима питания. Примерно к шести месяцам запасы железа, которые малыш получил еще в материнской утробе, иссякают и их необходимо пополнять.
* **Лучше всего этому способствует полноценное грудное вскармливание, ведь ни в одной смеси не содержится такого количества питательных и полезных веществ, как в материнском молоке.**  Очень важно, чтобы мама продолжала соблюдать здоровую диету и отказалась от вредных привычек на протяжении периода лактации.

При искусственном вскармливании желательно выбирать качественные, адаптированные смеси с повышенным содержанием железа.

С шестимесячного возраста необходимо постепенно вводить прикорм. Любые овощные и фруктовые пюре, каши и мясо должны вводиться своевременно. Помимо соблюдения правильного рациона, отличной профилактикой анемии у малышей станет регулярная гимнастика, частые прогулки на свежем воздухе, массаж.

**Особое внимание требуется детям, входящим в группу риска:** недоношенным малышам, детям с наследственной предрасположенностью, рожденным от осложненной или многоплодной беременности и т.д..

После одного года и до трех лет дети начинают активно прибавлять в росте, а железо им необходимо для нормального формирования мышечных волокон, а также для синтеза гемоглобина. **Чтобы ребенок мог правильно развиваться и не страдал от анемии, необходимо обратить особое внимание на его питание.**

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ.

## 2.1 сестринский процесс.

### 1 этап. Сбор информации о пациенте.

- **Субъективные методы обследования**:
Характерные жалобы: снижение аппетита, повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, потливость.
История (анамнез) заболевания: постепенное развитие.
История (анамнез) жизни: заболевший ребенок из группы риска.
- **Объективные методы обследования**:
Осмотр: кожные покровы и видимые слизистые (конъюнктивы) бледные: восковидный цвет ушных раковин; сухость и шелушение кожи; заеды в углах рта; отставание в физическом и психомоторном развитии. При тяжелой анемии ломкость, сухость, тусклость и выпадение волос, слоистость и депигментация ногтей. Сглаженность или атрофия сосочков языка. Тахикардия.
Результаты лабораторных методов диагностики (амбулаторная карта или история болезни).
Общий анализ крови: снижение уровня гемоглобина (менее 110 г/л у детей до 5 лет) и количества эритроцитов; эритроциты гипохромные (бедные гемоглобином), различной величины и формы: снижение цветового показателя (менее 0,8).
Биохимический анализ крови: уровни сывороточного железа и ферритина снижены, повышение железосвязывающей способности сыворотки крови.

### 2 этап. Выявление проблем больного ребенка.

### Существующие проблемы, обусловленные недостаточным поступлением кислорода в ткани (гипоксия): снижение аппетита, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, отставание в психомоторном развитии, бледность кожи и слизистых.Существующие проблемы, обусловленные дефицитом железа: сухость, шелушение кожи, заеды в углах рта; ломкость, тусклость, выпадение волос; слоистость, депигментация ногтей; сглаженность и атрофия сосочков языка; извращение обоняния - пристрастие к резким неприятным запахам; извращение вкуса - поедание извести, мела, земли, глины, сырого мяса, картофеля.При поздней диагностики и отсутствии адекватного лечения возникают потенциальные проблемы, риск развития анемии тяжелой степени тяжести, вторичного иммунодефицита, частые ОРВИ, пневмонии. заболевания ЖКТ.

### 3-4 этапы. Планирование и реализация ухода за пациентом в условиях «стационар на дому»

**Цель ухода**: способствовать выздоровлению, не допустить переход в более тяжелое течение и развитие осложнений.

1. Организовать «стационар на дому»
2. Провести беседу с ребенком и/или родителями о заболевании, причинах развития, необходимости лечения, профилактике.
Дать конкретные рекомендации по питанию: при естественном вскармливании кормящая мама должна обязательно в свой пищевой рацион включать продукты, богатые железом, белком и витаминами: телятина, говядина,печень, яйцо, греча, овес, морковь, свекла, горошек, цветная капуста. томаты, зелень, яблоки, курага, груша, гранаты; лучше всего железо усваивается из мяса (гемовое железо); при искусственном вскармливании - адаптированные молочные и кисломолочные смеси, адаптированные молочные смеси, обогащенные железом "Симилак"; прикормы вводить на 1 мес. раньше; введение мяса с 4.5-5 мес., желтка По организации режима: постоянные и продолжительные прогулки на свежем воздухе, сон на свежем воздухе: массаж и гимнастика по возрасту По правилам приема назначенных препаратов: препараты железа (сироп или капли) перед приемом необходимо разводить в небольшом количестве фруктового чая, фруктового или овощного сока, воды и принимать во время или сразу после еды. Предупредить маму, что у ребенка может появиться жидкий стул или кал, окрашенный в черный цвет
3. Активные патронажи с целью: контроля над соблюдением режима и питания; проведением терапии, назначенной врачом, и выполнением всех рекомендаций по уходу за ребенком; обучении матери правильному приему препаратов железа; проведение динамического наблюдения за реакцией на лечение: самочувствие ребенка, аппетит, эмоциональное состояние, длительность и характер сна. физиологические отправления. При ухудшении состояния срочное сообщение врачу или вызов на дом.

### 5 этап. Оценка эффективности ухода

При правильной организации сестринского ухода наступает выздоровление ребенка. Дети, перенесшие ЖДА, подлежат диспансеризации длительностью 1 год. План диспансеризации: осмотр педиатром 1-2 раза в месяц; анализ крови 1 раз в 2-3 мес. и после интеркуррентных заболеваний. С учета ребенок снимается при нормальных клинико-лабораторных показателях.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Анемия у детей раннего возраста [Электронный ресурс] URL: [https://studfile.net/preview/3097977/page:2/](https://studfile.net/preview/3097977/page%3A2/) ( дата обращения 1.07.20г).
2. Клиническая картина анемии у детей [Электронный ресурс] URL: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/iron-deficiency-anemia#h2_9> ( дата обращения 1.07.20г).
3. Диагностика и лечение анемии [Электронный ресурс] URL: <https://detskiy-medcentr-spb.ru/doctor/pediatr/zabolevaniya-pediatr/1550-anemiya-u-detej> ( дата обращения 1.07.20г).
4. Сестринский процесс. [Электронный ресурс] URL: <http://sestrinskoe-delo.ru/sestrinskoe-delo-v-pediatrii/sestrinskiy-protsess-pri-zhelezodefitsitnoy-anemii> ( дата обращения 1.07.20г).
5. Профилактика анемии [Электронный ресурс] URL: <https://dp3.ru/beremennost/profilaktika-anemii-u-detej-printsipy-zdorovogo-pitaniya-v-raznom-vozraste.html> ( дата обращения 1.07.20г).