

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Фармацевтический колледж

«Сестринское дело»

(отделение)

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТОВ

«Роль медицинской сестры в профилактике хронического
гастрита у детей»
(тема)

34.02.01 Сестринское дело на базе среднего общего образования
(код и наименование специальности)

Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях.
Раздел. Сестринский уход за больными детьми различного возраста.
(наименование междисциплинарного курса (дисциплины))

Студент

(подпись, дата)

Колосова Ю.С.

(фамилия, инициалы)

Преподаватель



(подпись, дата)

Фукалова Н.В.

(фамилия, инициалы)

Работа оценена: 5 (отлично)
(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск 2022

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	3
Определение и этиология хронического гастрита	4
Патогенез	6
Клиническая картина	7
Диагностика	8
Профилактика	9
Методы лечения	10
Роль медицинской сестры в профилактике	12
Заключение	14
Список используемых источников	15

ВВЕДЕНИЕ

Хронический гастрит — это заболевание, для которого характерно рецидивирующее воспаление слизистой оболочки желудка, проявляющееся соответствующей симптоматикой. Поражение внутренней оболочки желудка может быть как первичным (самостоятельное заболевание), так и вторичным, обусловленным другими болезнями.

Целью данной работы является изучение медицинской литературы по теме исследования и проведение анализа особенностей профилактики и лечения детей с хроническим гастритом.

Объектом исследования являются пациенты с хроническим гастритом, описанные в литературе.

Предметом исследования является профессиональная деятельность медицинской сестры гастроэнтерологического отделения при работе с детьми, страдающими хроническим гастритом.

Тема хронического гастрита актуальна, поскольку это заболевание очень распространено среди населения, в том числе и у детей, так как дети любят вредные продукты и часто не знают меры.

Для достижения поставленных целей необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить теоретический материал по данным литературных источников о рассматриваемом заболевании, его этиологию и патогенез, клиническую картину, современные методы лечения, профилактику;
2. На основе изученной литературы выявить особенности профилактики и лечения детей с хроническим гастритом.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

Хронический гастрит – воспалительный процесс в слизистой оболочке желудка диффузного или очагового характера, сопровождающийся морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка с развитием её атрофии и нарушения регенерации, моторно-эвакуаторной и секреторной функций желудка.

Основной причиной развития хронической формы гастрита является бактерия *Helicobacter pylori*, населяющая желудок и двенадцатиперстную кишку. Данный микроб передается от одного лица другому при бытовых взаимодействиях, например, через столовые приборы. Здоровый иммунитет способен сдерживать рост численности населяющей организм человека среды. При наступлении определенных условий иммунная система человека становится неспособна в полной мере справляться со своей функцией, в следствие этого и возникают различные заболевания, в том числе хронический гастрит.

Факторы риска, способствующие развитию гастрита:

- несбалансированное питание, употребление сладких газированных напитков;
- алкоголизм, частое употребление спиртных напитков, отрицательно воздействующих на стенки пищеварительного органа;
- курение, способствующее снижению естественной секреции желез слизистой оболочки желудка;
- длительный прием некоторых лекарственных препаратов;
- нахождение в условиях запыленности, на вредном производстве, ежедневное вдыхание ядовитых веществ;
- недостаточное пережевывание пищи при ее употреблении, обусловленное спешкой, наличием проблем с зубами, отсутствием зубов;

- эндокринные заболевания организма, заболевания, связанные с нарушением обмена веществ;
- наличие различных патологий органов пищеварительной системы (цирроз печени, панкреатит, гепатит и т.п.).
- отягощённая наследственность по гастродуоденальной патологии;
- нарушение режима питания, злоупотребление острой, копченой, жареной пищей, газированных напитков и сухоедение;
- прием лекарств (глюкокортикостероиды, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики);
- стрессовые факторы в окружении ребенка;
- наличие очагов хронической инфекции: тонзиллиты, гаймориты, холециститы, кариозные зубы, туберкулез.

ПАТОГЕНЕЗ

Хеликобактерии попадают в просвет желудка с загрязненной ими пищей, с проглатываемой слюной или с поверхности недостаточно продезинфицированных гастроскопа, желудочного зонда, а также недостаточно обработанных столовых приборов.

В желудке присутствует мочевины, она проникает из кровяного русла путем пропотевания через стенку капилляров. Под влиянием фермента уреазы хеликобактерии из мочевины образуется аммиак. Аммиак нейтрализует соляную кислоту желудочного сока и создают вокруг хеликобактерии локальную щелочную среду, что является весьма благоприятным для ее существования.

Кроме того, под влиянием фермента муциназы, выделяемой хеликобактерией, происходит разрушение белка муцина, содержащегося в желудочной слизи. Вследствие этого вокруг хеликобактерии формируется зона локального снижения вязкости желудочной слизи.

Благодаря окружению аммиака и локальной зоне слизи со сниженной вязкостью, а также спиралеобразной форме и высокой подвижности хеликобактерии из просвета желудка легко проникают в слой защитной слизи и адгезируются на покровно-ямочном эпителии антрального отдела желудка.

Хеликобактерии проходят через слой защитной слизи и достигают слизистой оболочки, выстланной слизеобразующими клетками, а также эндокринными клетками, вырабатывающими гастрин и соматостатин. Только на поверхности слизеобразующих клеток цилиндрического эпителия есть рецепторы для адгезинов хеликобактерии.

Адгезины хеликобактерии связываются рецепторами желудочного эпителия. Уже сама эта связь и расположение хеликобактерии на поверхности слизистой оболочки желудка оказывают повреждающее влияние на эпителиальные клетки, в них возникают дистрофические изменения, снижается их функциональная активность.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Пациент будет жаловаться на ранние боли после еды, локализующиеся в эпигастральной области, возможна иррадиация в область печени. Боль может быть как ноющей, так и схваткообразной. Также будут жалобы на частую отрыжку кислым, изжогу, тошноту, иногда рвоту

Наиболее частые проявления гастритов в хроническом течении - тяжесть в подложечной области после еды, чувство переедания, переполнения желудка, отрыжка пищей и воздухом, неприятный привкус во рту, снижение аппетита, возможны метеоризм, неустойчивый стул, аппетит часто снижен.

При проведении ФГДС может быть выявлено следующее:

- поверхностный гастрит: гиперемия, отёк слизистой оболочки желудка;
- эрозивный гастрит: эрозии, гиперплазия или атрофия складок слизистой оболочки желудка;
- геморрагический гастрит: кровоизлияния в слизистую оболочку желудка;
- рефлюкс-эзофагит; дуоденогастральный рефлюкс.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика хронического гастрита основывается на выявлении жалоб, сбора анамнеза, объективного осмотра и проведении лабораторно-инструментальных методов обследования.

К основным методам диагностики относятся:

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (определение билирубина, АЛТ, АСТ);
- УЗИ органов брюшной полости;
- обнаружение скрытой крови в кале
- исследование кала (копрограмма).

Дополнительные методы:

- обнаружение *Helicobacter pylori* в биологическом материале методом ПЦР;
- гистологическое исследование биоптата на *H.pylori*;
- ФЭГДС;
- ЭКГ;
- исследование кала на гельминтов и простейших;
- исследование перианального соскоба.

Консультации узких специалистов:

- ЛОР – выявление хронических очагов инфекции и их санация;
- стоматолог – выявление хронических очагов инфекции и их санация;
- невролог – при выраженных психосоматических расстройствах;
- психолог/психотерапевт – психологическая поддержка ребенка и родителей, нормализация психологического микроклимата среды проживания ребенка;
- врач-физиотерапевт – для назначения физиотерапии в составе комплексного лечения;
- хирург – при выраженном болевом синдроме в животе.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика делится на первичную и вторичную.

Первичная профилактика включает мероприятия, направленные на предотвращение первичного заболевания, то есть на устранение факторов риска: нормализацию функций пищеварительной системы и организма в целом: режим и лечебное питание, отказ от вредных привычек, обследование на гельминтозы, санация очагов инфекции, борьба со стрессом в семье, прививание ребенку стремление к ЗОЖ и негативного отношения к вредным привычкам.

Вторичная профилактика предусматривает предотвращение рецидивов. Проводится в периоды, предшествующие предполагаемому обострению, и включает диетическое питание в соответствии с клинико-эндоскопической стадией воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка и ДПК, лечебную физкультуру, водные процедуры, повышение физической активности, закаливание, советы родителям по оздоровлению обстановки дома и в школе.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Лечение делится на медикаментозное и немедикаментозное.

Медикаментозное лечение:

Основные группы лекарственных средств:

- ингибиторы протонной помпы
- гастропротекторы
- блокаторы М-холинорецепторов
- блокаторы H₂-рецепторов
- ферменты

Ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, эзомепразол) – антисекреторные лекарственные препараты для лечения кислотозависимых заболеваний желудка, двенадцатиперстной кишки и пищевода за счёт блокирования протонной помпы обкладочных клеток слизистой оболочки желудка и уменьшения, таким образом, секреции соляной кислоты. Препаратом первой линии является омепразол. Лансопразол детям назначают при невозможности применения омепразола. Эзомепразол назначают при невозможности применения омепразола и лансопразола.

Гастропротекторы (сукральфат, висмута трикалия дицитрат, висмута субгаллат) – оказывает гастропротективное действие. В кислой среде желудочно-кишечного тракта висмута трикалия дицитрат образует на поверхности язв и эрозий защитную пленку, которая способствует их рубцеванию и предохраняет от воздействия желудочного сока, оказывает бактерицидное действие на *Helicobacter pylori* и потенцирует антихеликобактерное действие антибиотиков.

Блокаторы М-холинорецепторов (гиосцин бутилбромид, платифиллин) – предназначены для снижения тонуса и сократительной активности гладких мышц внутренних органов, уменьшения секреции пищеварительных желез.

Блокаторы H₂-рецепторов (ранитидин, фамотидин) – антисекреторные препараты, предназначены для блокирования H₂-рецепторов обкладочных

клеток и снижения продукции и поступления соляной кислоты в просвет желудка.

Схемы терапии: лечение в течение 10 дней

- ИПП (омепразол или лансопразол или эзомепразол) + амоксициллин+кларитромицин;
- ИПП+амоксициллин+имидазол (метронидазол, тинидазол);
- Соли висмута+амоксициллин+имидазол.

Немедикаментозное лечение при обострении:

Диета:

- №1А на 5-7 дней: молоко (при переносимости), свежий творог, кисель, желе, слизистые и протёртые супы из круп и молока, рыбное суфле, с ограничением соли;
- №1Б на 14 дней: с расширением диеты – сухари, мясо, рыба, каши протертые, супы из круп на молоке, соль в умеренном количестве;
- №1: с соблюдением принципа механического и химического щажения;
- №4 (безмолочная диета) – если ребенок получает коллоидный висмут трикалия дицитрат;
- №2 – при ХГ с секреторной недостаточностью;
- при повышенной кислотности используют продукты с высокой буферностью (молоко, блюда из овсянки, варёная говядина, телятина).

Длительность щадящей диеты зависит от эффективности терапии, при улучшении состояния диету расширяют.

В стадии ремиссии рекомендуется чередование диет №5 и №15 с исключением плохо переносимых продуктов.

Питание дробное, 5-6 раз в сутки. Хороший эффект оказывает включение в рацион пищевых волокон (пшеничные отруби).

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ

Медицинским сестрам принадлежит огромная роль в профилактике хронического гастрита. Для того чтобы предотвратить заболевание и его обострения нужно придерживаться диеты, ЗОЖ, режима и многого другого. В этом пациентам и их родителям на помощь приходят медицинские сестры.

Медицинская сестра в рамках профилактики выполняет такую работу:

- обучает родителей правильно оценивать состояние ребенка, вносить изменения в план ухода в зависимости от его физического и психического состояния, заботиться о поддержании положительного эмоционального тонуса.
- советует родителям изменить негативные семейные традиции в отношении питания (не переедать, отказаться от жирной, солёной, острой пищи), соблюдать основные принципы лечебного питания.
- вовлекает всех членов семьи в поддержание ЗОЖ, обеспечение ребенку рационального режима дня, адекватной физической активности.
- убеждает родителей продолжить динамическое наблюдение за ребенком врачом педиатром и гастроэнтерологом после выписки из стационара с целью контроля состояния, своевременного назначения и проведения противорецидивного лечения
- контроль за качеством пищи, за правильностью ее приготовления, чистотой посуды и кухни
- контролирует диету, рацион питания, а также режим питания, то есть приемы пищи должны быть примерно в одинаковое время, а ужин должен быть за 4 часа до сна
- объясняет, что не должно быть больших интервалов между приемами пищи, что лучше питаться дробно, то есть понемногу и часто, а также, что всухомятку есть нельзя, нельзя спешить при приеме пищи, нужно тщательно ее пережевывать

- объясняет важность температурного режима пищи: пища не должна быть слишком холодной или слишком горячей

В профилактике гастрита очень важно свести к минимуму употребление вредных продуктов, потому что в детском возрасте хочется съесть что-то вкусное, а дети, как правило, не знают меры поэтому нужно обучить родителей контролю за этим или же провести беседу с ребенком, если он достаточно взрослый.

Также родителям нужно объяснить, что необходимо исключить переизбыток в целом, ограничить сладкое, пряное, острое. Педиатры советуют не давать шоколад до 3 лет, а после давать в ограниченном количестве.

С родителями нужно обсуждать психологические аспекты, так как стресс негативно влияет на развитие гастрита. Следует сказать родителям, чтобы не поднимали негативные для ребенка темы, особенно во время еды, интересовались, как у него дела в школе или садике, чтобы предотвратить стрессовые ситуации там. К тому же, нельзя ссориться при ребенке.

Помимо этого, нужно следить за качеством и свежестью пищи, так как отравления пищевыми продуктами тоже очень негативно влияют на развитие гастрита.

Нужно помнить, что хроническая форма развивается после острого заболевания, которое вовремя не диагностировали и не вылечили, поэтому нужно вести просветительскую работу с населением с уклоном на своевременное обращение к специалистам, своевременную диагностику и лечение. Это уменьшит развитие хронических форм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе работы был проведен анализ литературы по хроническому гастриту у детей, были определены особенности профилактики, работы с родителями и роль медицинской сестры в профилактике хронического гастрита.

Так же были выполнены следующие поставленные задачи:

1. Изучен теоретический материал по данным литературных источников о рассматриваемом заболевании, его этиологию и патогенез, клиническую картину, современные методы лечения, профилактику;
2. На основе изученной литературы выявлены особенности профилактики и лечения детей с хроническим гастритом.

В результате исследования было выявлено, что роль медицинской сестры играет очень важное значение в лечении и профилактике данного заболевания, а также работы с родителями.

Поставленная цель достигнута.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Маев И.В., Самсонов А.А. Современные стандарты лечения кислотозависимых заболеваний, ассоциированных с *H.pylori* (материалы консенсуса Маастрихт-3) //Consilium Medicum. Гастроэнтерология. – 2006. – Том 08. – № 1.
2. Практическое руководство по детским болезням. Под общей редакцией проф. В. Ф. Коколиной и А. Г. Румянцева. Том II. Гастроэнтерология детского возраста. Под ред. С. В. Бельмера, А. И. Хавкина, П. Л. Щербакова. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Медпрактика-М. 2010.
3. Щербаков А.П., Щербаков П.Л. Ведение хеликобактерной инфекции у детей: научно обоснованные рекомендации ESPGHAN и NASPGHAN //Лечащий врач.-2011.-№6.-с. 5-15.
4. Хавкин А.И., Жихарева Н.С., Дроздовская Н.С. Медикаментозная терапия язвенной болезни у детей //Лечащий врач.-2006.-№1.-с.26-29.