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 рахите 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 |  |  |  | Рузавин В.М. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |
| Преподаватель |  |  |  | Фукалова Н.В. |
|  |  | подпись, дата |  | инициалы, фамилия |

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

(оценка, подпись преподавателя)

Красноярск, 2020г

Содержание

[ГЛАВА 1. РАХИТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА 4](#_Toc44453330)

[1.1. Понятие рахита, его патогенез, этилогия и причины. 4](#_Toc44453331)

[1.2. Классификация и клиническая картина рахита у детей. 6](#_Toc44453332)

[1.3. Диагностика и лечение рахита. 10](#_Toc44453333)

[ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕЕГО ВОЗРАСТА 15](#_Toc44453334)

[2.2. Постнатальная профилактика 16](#_Toc44453335)

[ГЛАВА 3. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ РАХИТИ У ДЕТЕЙ. 18](#_Toc44453336)

[ЗАКЛЮЧЕНИЕ 21](#_Toc44453337)

[СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 22](#_Toc44453338)

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что рахит остается значимой и противоречивой проблемой современной педиатрии. Несмотря на столетия, прошедшие с момента открытия этого заболевания, его распространенность у детей по-прежнему высока. За этот длительный период тяжелые формы рахита стали редкостью, однако, легкие и среднетяжелые его проявления чрезвычайно распространены в детской популяции. По разным данным (авторы) заболеваемость рахитом среди детей первого года жизни в России колеблется от 30% до 66% и более. Вероятно, нет другой такой педиатрической проблемы, о которой так много упоминалось бы в профессиональной и научно-популярной литературе.

Цель: изучить особенности сестринской деятельности при рахите у детей раннего возраста.

Предмет исследования: рахит у детей раннего возраста.

Задачи:

1. Изучить данный теоретический материал исследования.
2. Изучить профилактику рахита у детей раннего возраста.
3. Составить сестринский процесс при рахите у детей.

# ГЛАВА 1. РАХИТ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

## 1.1. Понятие рахита, его патогенез, этилогия и причины.

Рахит – заболевание детей раннего возраста, при котором в связи с дефицитом витамина Д нарушены кальциево-фосфорный обмен, процессы костеобразования и минерализации костей, а также функция нервной системы и внутренних органов.

Этиология: возникновение рахита у детей раннего возраста связано с недостаточным поступлением в организм ребенка витаминов группы Д.

Патогенез: развитие заболевания во многом обусловлено анатомо-физиолгическими особенностями детского организма. В частности, интенсивный рост ребенка грудного возраста, требующий поступления большого количества пластического материала, лабильный и напряженный обмен веществ и особое строение костной ткани, представленное не кристаллами оксиапатита, а легкорастворимым кальций-фосфатом, в значительной мере способствуют возникновению рахита.

**Причины рахита и предрасполагающие факторы**

Существует две основные причины, при которых снижается содержание витамина D в организме

1. Первая – это нарушение образования собственного (эндогенного) витамина D при недостатке солнечной энергии, или заболеваниях органов, участвующих в его выработке.

К ним относятся:

* Наследственные нарушения обмена витамина D в организме
* Хронически протекающие заболевания печени
* Некоторые заболевания почек

1. Вторая – это дефицит поступления витамина D с пищей или заболевания, связанные с нарушение всасывания в желудочно-кишечном тракте.

Вот некоторые из них:

* Целиакия – это заболевание тонкого кишечника, при котором происходит отмирание (атрофия) ворсинок внутренней слизистой оболочки, необходимых для всасывания пищи.
* Муковисцидоз – наследственное заболевание. Поражает чаще бронхо-лёгочную систему и ЖКТ. При желудочно-кишечной форме болезни в основе лежит недостаточное образование ферментов пищеварительных желез, необходимых для переваривания пищи.
* Дисбактериоз кишечника, с длительно протекающей диареей. При неправильной организации кормления, нарушения правил гигиены, или после приема лекарственных средств (чаще антибиотиков).

К другим предрасполагающим факторам относят:

Влияние экологических факторов. Загрязнение окружающей среды, в особенности солями тяжелых металлов ведёт к тяжелым последствиям не только в формировании костной ткани, но и всего организма. Соли свинца, цинка и др. могут встраиваться в костную ткань и приводить к нарушению функции опорно-двигательного аппарата.

Искусственное вскармливание. В коровьем молоке и в искусственных неадаптированных смесях содержится примерно в 2-3 раза меньше витамина D.

Позднее введение докорма и прикорма. Грудным детям без патологий и родившимся в срок, начиная, с полугодовалого возраста начинают постепенно вводить в рацион дополнительные продукты питания. Несбалансированное питание зачастую приводит к появлению рахита.

Недостаточная двигательная активность. Питание костей осуществляется посредством, подходящим к ним кровеносным сосудам. Мышечная активность способствует лучшему кровоснабжению костного аппарата. Вследствие различных причин: перенесенной внутриутробной инфекции, недоношенности, внутриродовой травмы головного мозга и др., замедляется или нарушается развитие нервной системы, а вместе с ней и мышечной двигательной активности. Начиная с трёхмесячного возраста ребёнку необходимо периодически выполнять специальную гимнастику и массаж соответственно возрасту.

Длительное медикаментозное лечение. Некоторые препараты (фенобарбитал, дифенин) ускоряют обмен веществ в печени, таким образом, вызывая дефицит витаминов, а именно витамина D.

Отдельно заслуживает внимание период внутриутробного развития. Развитие плода во многом зависит от того как проходила беременность и роды. Отложение запасов кальция и витамина D происходит в основном в последние месяцы беременности. Отсюда возникает вывод, что у недоношенных детей риск заболеть рахитом намного выше, чем у тех, кто родился в срок.

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

**Классификация рахита**

Различают витамино-дефицитный рахит и витамино-резистентный (обычные дозы витамина D в этих случаях оказываются неэффективными, терапевтического эффекта можно добиться только при дозировках, во много раз превышающих обычные).

Рахит принято подразделять по:

1. Периодам:

* начальный;
* разгар болезни,
* реконвалесценция,
* остаточные явления,

2. Тяжести заболевания

I — легкая (слабо выраженная симптоматика, преимущественно со стороны нервной и костной системы);

II — средней тяжести (нарушения со стороны нервной и костной систем, патологические изменения со стороны мышечной и кроветворной систем, вторичные изменения со стороны органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, а также желудочно-кишечного тракта);

III — тяжелая (резко выраженные изменения со стороны всех перечисленных ранее органов и систем).

3. Характеру течения:

* острое течение,
* подострое,
* рецидивирующее.

**Клиническая картина рахита**

Первые клинические проявления рахита обнаруживаются у ребенка в возрасте 4—5 недель, особенно у недоношенных, но чаще рахит развивается с 2—3 месяцев. Опасность заболеть рахитом остается на протяжении всего 1-го года жизни ребенка. В клинической картине заболевания различают характерные периоды.

Начальный период характеризуется изменениями нервной системы. Ребенок становится беспокойным, плохо спит, часто вздрагивает. Появляется сильная потливость, особенно во время сна и кормления. Беспокойно ворочаясь на подушке, ребенок стирает волосы на затылке — образуется облысение. К концу начального периода болезни, продолжающегося 2—3 нед, намечается легкая податливость краев большого родничка и по ходу черепных швов. Несколько снижается содержание фосфора в крови — до 1,292 — 1,358 ммоль/л против нормы — 1,454—1,615 ммоль/л, уровень кальция остается в пределах нормы, нарастает активность щелочной фосфатазы. Распознавание рахита в начальном периоде имеет огромное значение.

Период разгара болезни, наступающий при своевременно не распознанном и не леченном рахите, проявляется более выраженными изменениями нервной системы, типичными изменениями костной системы и признаками нарушения функции внутренних органов. Прежде всего поражаются кости черепа — усиливается размягчение краев большого и малого родничков, по ходу черепных швов, участки размягчения появляются на чешуе затылочной кости (краниотабес). В тяжелых случаях размягчение распространяется на все кости черепа, он легко деформируется. В результате избыточного образования костной, необызвествленной ткани в центрах окостенения плоских костей черепа появляются лобные и теменные выступы. При резком их выступании череп может принять квадратную форму (рис. 11). К ранним симптомам поражения костной ткани при рахите относятся утолщения ребер в месте соединения хрящевой части с костной, так называемые четки.

В связи с мягкостью и податливостью ребер грудная клетка легко сдавливается с боков. Нижняя апертура грудной клетки расширяется, верхняя — суживается. На боковых поверхностях, в направлении от мечевидного отростка к подмышечной ямке, появляется поперечная борозда соответственно линии прикрепления диафрагмы — гаррисонова борозда. В тяжелых случаях заболевания передняя часть грудной клетки вместе с грудиной и прилегающими к ней реберными хрящами выступает вперед, напоминая «куриную грудь».

Когда ребенок начинает сидеть, происходит также деформация позвоночника, чаще всего в поясничном отделе. Он искривляется кзади — кифоз (рахитический горб). К более поздним изменениям относятся деформации длинных костей. Утолщаются эпифизы костей предплечья и голеней (рахитические «браслеты»). Такие же утолщения могут быть и на фалангах пальцев, они напоминают собой нитку жемчуга.

Искривляются кости плеча, предплечья, а также ключицы. Еще до того как ребенок, страдающий рахитом, начинает ходить, искривляются кости нижних конечностей, чаще в виде буквы «О» (преобладание тонуса сгибателей); реже встречается искривление в виде буквы «X». Деформация костей таза в настоящее время наблюдается редко. У больных рахитом запаздывает прорезывание зубов, нередко нарушается и порядок их прорезывания. Характерным симптомом рахита является гипотония мышц, общая вялость и дряблость мускулатуры. Вследствие гипотонии мышц брюшного пресса, а также гладкой мускулатуры кишечника (атония) появляется так называемый лягушачий живот. Задерживается развитие статических и двигательных функций, дети не могут начать своевременно сидеть, стоять и ходить.

В связи со значительными нарушениями обменных процессов, изменениями мышц и костного скелета страдает функция ряда органов. Наиболее часто отмечается поражение дыхательного аппарата: часто наблюдается одышка, обусловленная деформацией грудной клетки, гипотонией диафрагмы и нарушением легочной вентиляции. Морфологические изменения легочной ткани, а также участки ателектаза в легких предрасполагают к развитию пневмоний. Недостаточное расширение грудной клетки во время вдоха и вялость сокращения диафрагмы обусловливают застой в системе воротной вены; значительно затрудняется деятельность сердечно-сосудистой системы, увеличиваются печень и селезенка. В разгаре заболевания у детей развивается анемия: у одних умеренная гипохромная анемия, у других — более тяжелые ее формы.

Для этого периода болезни характерны снижение уровня неорганического фосфора в крови, достигающего иногда 0,484 — 0,646 ммоль/л, несколько сниженный уровень кальция, повышенная активность щелочной фосфатазы. Увеличивается выделение с мочой аммиака и фосфатов, выражена аминоацидурия. Большое значение для диагностики периода разгара рахита имеет рентгенологическое исследование трубчатых костей. В ростковой зоне трубчатых костей щель между эпифизом и диафизом становится шире, эпифизарная поверхность деформируется, образуя блюдцеобразную вогнутость.

Период выздоровления (реконвалесценция), или затихающий рахит, характеризуется ослаблением, а затем и обратным развитием симптомов рахита. Исчезают признаки поражения нервной системы, уплотняются кости, появляются зубы, восстанавливаются статические и моторные функции. В крови повышается уровень неорганического фосфора, содержание кальция остается уменьшенным, активность щелочной фосфатазы все еще выше нормы. На рентгенограмме трубчатых костей видна широкая полоса усиленного обызвествления в ростковой зоне, кортикальный слой кости расширяется.

О периоде остаточных явлений говорят в том случае, если рахитический процесс закончен и могут быть лишь последствия в виде деформации костей черепа, грудной клетки, мышечной гипотонии, иногда анемии. В большинстве случаев эти изменения определяют у детей 2 —3-го года жизни после перенесенного тяжелой или средней степени тяжести рахита. На рентгенограмме отмечается обызвествление губчатого и кортикального слоев кости.

## 1.3. Диагностика и лечение рахита.

**Диагностика рахита**

Диагностика рахита не представляет особых трудностей. Прежде всего, ярко выражена клиническая картина заболевания. Начальный период, сопровождающийся неврологической симптоматикой, период разгара – костными деформациями, позволяют с большой вероятностью заподозрить рахитические изменения и своевременно обратиться к врачу педиатру.

Для уточнения диагноза проводят биохимические лабораторные исследования на содержание кальция и фосфора в крови.

Параклинические исследования (лабораторные анализы):

1. Фосфор. Для детей раннего возраста содержание уровня фосфора в крови в норме равняется приблизительно 1,3-2,3 ммоль/л. При рахите в начальной стадии падает концентрация фосфора. (В тяжёлых случаях до 0,65 ммоль/л).
2. Количество кальция в крови в норме составляет 2,5-2,7 ммоль/л. Снижение цифр до 2.0 ммоль/л говорит о значительном недостатке кальция в организме.
3. Щелочная фосфатаза – это специальный фермент, участвующий в обмене веществ. Одной из функций щелочной фосфатазы является перенос кальция и фосфора из крови в костную ткань и обратно. Норма щелочной фосфатазы составляет до 200 ЕД/л. При рахите отмечается повышение количества этого фермента в крови.

Рентгенологический метод показывает насколько деминерализирована костная ткань, и имеются ли деформации скелета.

Первоначально костная ткань преимущественно состоит из органической матрицы, на которую постепенно откладываются соли кальция и фосфора. В норме на рентгене видна четкая структура кости (продольные балки и поперечные трабекулы). Чем больше минеральных веществ откладывается в костной ткани, тем более плотной она выглядит на рентгене. Патологические изменения наблюдаются как в плоских костях, так и в длинных трубчатых.

При рахите происходит вымывание соответствующих солей кости. Кость становится непрочной, легко поддается деформации. Если процесс продолжается длительное время то на месте, где должен находиться кальций и фосфор образуется соединительная ткань, которая разрастается в поперечном направлении, преимущественно в зонах роста (на концах длинных трубчатых костей).

Таким образом, на рентгеновских снимках можно отчетливо выявить такие клинические признаки как:

* Деформация рёбер и грудины
* «Рахитические чётки»
* «Рахитические браслеты»
* Рахитическое искривление ног

К рентгенологическому методу диагностики относится также компьютерная томография. Данные компьютерной томографии являются более точными и информативными по сравнению с обычными рентгенологическими снимками.

**Лечение рахита**

Для лечения рахита применяют:

* устранение причинного фактора, вызвавшего заболевание;
* терапевтические дозы витамина D для восполнения дефицита в организме;
* лечение сопутствующих заболеваний;
* массаж, гимнастика (соответственно возрасту), физиотерапевтические процедуры.

Терапевтические дозы витамина D равняются 600 000 - 700 000 ЕД./сут. В зависимости от формы выпуска (спиртовые, масляные растворы) содержание витамина D в 1 мл. варьирует от 2500 ЕД. до 50000 ЕД. Поэтому перед приёмом раствора необходимо тщательно убедиться в правильном количестве приема препарата, во избежание возможной передозировки и появление нежелательных побочных эффектов. Так если в 1 мл. раствора содержится 50000 ЕД. то в одной капле будет 2500ЕД.

Массаж и лечебная гимнастика - это два метода лечения и профилактики, которые взаимно дополняют друг друга.

Гимнастические упражнения у детей раннего возраста включают:

1. Активные движения – это такие движения, которые ребёнок выполняет самопроизвольно. Их вызывают с помощью игрушек колец, палочек, движений рук массажиста.
2. Пассивные гимнастические упражнения включают:

* Отведение и приведение рук.
* Скрещивание рук на груди.
* Сгибание и разгибание рук, ног, вместе и поочерёдно.

1. Рефлекторные движения. Первые 3-6 месяцев жизни у ребёнка сохраняются врождённые двигательные рефлексы («автоматическая походка», ладонно-ротовой рефлекс, сохранение равновесия и др.). Рефлекторные гимнастические упражнения выполняются с помощью массажиста или специалиста по лечебной физкультуре.

Массаж: детский массаж включает комплекс приёмов, которые выполняются в определённой последовательности.

1. Поглаживание регулирует начальное состояние ребёнка. При нервозности и беспокойстве оказывает успокоительное действие. А при вялости и адинамичности повышает тонус центральной системы. Ребёнок становится оживлённей, подвижней. Приёмы поглаживания можно производить на любой области тела, лёгким скользящими движениями.
2. Растирание – манипуляции, при которых массируют более глубокие слои кожи. При растирании усиливаются обменные процессы, повышается эластичность кожи.
3. Разминание затрагивает мышцы. При разминании в мышцах усиливается кровоток, быстрее удаляются продукты обмена, усиливается сократительная сила. Приёмы разминания также используют для расслабления мускулатуры конечностей (у детей первых месяцев жизни мышцы сгибатели конечностей находятся в большем напряжении по сравнению с разгибателями).
4. Вибрация – это приёмы, при которых массажист передаёт телу колебательные движения. Вибрация не только способствует улучшению обменных процессов, но и регулирует тонус двигательной мускулатуры.

* Непрерывная (стабильная) вибрация оказывает расслабляющее действие, снимает напряжение.
* Прерывистая (лабильная) наоборот повышает тонус мускулатуры.

# ГЛАВА 2. ПРОФИЛАКТИКА РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕЕГО ВОЗРАСТА

2.1. Антенатальная профилактика.

Предупреждение рахита необходимо начинать еще до рождения ребенка. Антенатальная неспецифическая профилактика должна проводиться в следующих направлениях:

* наблюдение беременных в женской консультации;
* соблюдение будущей мамой правильного режима дня;
* достаточное (не менее 2-3 часов в день) пребывание беременной на свежем воздухе. Доказанным является тот факт, что снижение инсоляции беременных в последние годы приводит к уменьшению запасов витамина D плода и более раннему появлению первых признаков рахита у детей грудного возраста;
* правильное питание с достаточным содержанием в пище витаминов, кальция, белка.

Антенатальная специфическая профилактика состоит из назначения женщинам с 28-32 недели беременности витамина D. При нормально протекающей беременности женщины должны ежедневно получать по 500 МЕ, а при наличии экстрагенитальной или акушерской патологии по 1000-1500 МЕ в день в течение 8 недель независимо от времени года. Назначение витамина D беременным в более ранние сроки нецелесообразно, так как это может способствовать повреждению плаценты.

Альтернативным методом может быть проведение 1-2 курсов УФО в зимне-весенний период времени. Начинают процедуры с 1/4 биодозы, постепенно доводя до 2,5-3 био-доз. Минимальное расстояние - 1 метр. Процедуры проводят ежедневно или ч/день, на курс 15 -20 сеансов.

Вместе с тем специфическая дородовая профилактика рахита не исключает необходимости проведения профилактики в постнатальный период развития ребенка.

## 2.2. Постнатальная профилактика

Неспецифическая профилактика рахита в постнатальный период должна начинаться с первых дней жизни ребенка. Она включает в себя:

* естественное вскармливание, а при его отсутствии - назначение адаптированных смесей. Именно в грудном молоке соотношение Са:Р оптимально и составляет 2:1. Достаточное количество нутриентов в грудном молоке возможно при правильном питании матери с употреблением необходимого количества белков, углеводов, витаминов, макро- и микроэлементов. Целесообразен прием во время всего периода лактации одного из поливитаминных препаратов;
* своевременное введение прикорма;
* активный двигательный режим (массаж, гимнастика);
* достаточное пребывание на свежем воздухе;
* режим дня, адекватное одевание ребенка, закаливание.

Специфическая профилактика рахита проводится назначением витамина D. Однако при назначении витамина D следует учитывать следующие моменты:

* возможную индивидуальную гиперчувствительность к препарату;
* широко варьирующие индивидуальные потребности в витамине D;
* возможность развития непосредственных и отдаленных последствий применения витамина D;
* степень риска развития рахита в каждом отдельном случае;
* ориентацию на наименьшие достаточные дозы витамина D.

Витамин D назначают доношенным детям, находящимся на естественном вскармливании с 3-4-недельного возраста в осенне-зимне-весенний период в дозе 500 МЕ. Следует помнить, что и в летний период при недостаточной инсоляции (пасмурное, дождливое лето), особенно в северных регионах России, к которым относится и Москва, целесообразно назначать профилактическую дозу витамина D. Последние исследования показали, что низкое содержание витамина D в сыворотке крови отмечается во все времена года. Даже в летние месяцы года нормальная концентрация витамина D был определена лишь у 30-40% детей.

При вскармливании ребенка адаптированными смесями ежедневная профилактическая доза назначается с учетом витамина D, содержащегося в смеси (1 литр смеси содержит 10 мкг витамина D, что эквивалентно 400 МЕ).

Специфическая профилактика рахита доношенным детям проводится на первом и втором году жизни.

Детям из группы риска по рахиту рекомендуется ежедневное назначение витамина D в дозе 1000 МЕ в течение осенне-зимне-весеннего периода в течение первых двух лет жизни. Группу риска по рахиту составляют дети:

* недоношенные, маловесные, морфо-функционально незрелые, из двоен;
* с синдромом мальабсорбции, патологией печени, желчевыводящих путей;
* получающие антиконвульсанты;
* со сниженной двигательной активностью (парезы и параличи, длительная иммобилизация);
* часто болеющие ОРВИ;
* получающие неадаптированные молочные смеси.

# ГЛАВА 3. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ РАХИТИ У ДЕТЕЙ.

3.1.ЭТАПЫ СЕСТРИСНКОГО ПРОЦЕССА ПРИ РАХИТЕ.

1 этап. Сбор информации о пациенте

* Субъективные методы обследования:

Характерные жалобы в начальном периоде: беспокойство, раздражительность, нарушение сна; повышенная потливость, особенно лица и волосистой части головы во время кормления и сна: снижение аппетита.

Анамнез заболевания: начало острое или постепенное в первом полугодии жизни ребенка.

Анамнез жизни: заболевший ребенок из группы риска.

* Объективные методы обследования:

Осмотр: в начальном периоде ребенок беспокойный, вздрагивает при громких звуках и появлении яркого света, сон тревожный; кожные покровы бледные и влажные, облысение затылка, податливость краев большого родничка, снижение мышечного тонуса, аммиачный запах мочи; в периоде разгара: слабость, гипотония мышц и связочного аппарата, большой распластанный живот, симптом «складного ножа», отставание в психомоторном развитии; костные деформации (остеомаляция или гиперплазия остеоидной ткани) в разных отделах скелета.

Результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики (амбулаторная карта или история болезни):

Общий анализ крови: патологические изменения отсутствуют или снижение уровня гемоглобина и эритроцитов;

Биохимический анализ крови: выраженная гипофосфатемия и умеренная гипокальциемия (в периоде разгара); повышение активности щелочной фосфатазы;

Рентгенография костей: признаки остеопороза практически в каждой части скелета или остеоидная гиперплазия.

Нарушенные потребности: в адекватном питании и питье, личной гигиене, сне, безопасности.

2 этап. Выявление проблем больного ребенка

Настоящие проблемы, обусловленные нарушением функции вегетативной нервной системы: эмоциональная лабильность; выраженная потливость; снижение мышечного тонуса; позднее прорезывание зубов; различные деформации черепа, грудной клетки, конечностей.

Потенциальные проблемы: риск перехода в более тяжелую степень течения рахита; стойкие костные деформации позвоночника, грудной клетки, таза; риск респираторных инфекций, затяжной пневмонии; риск железодефицитной анемии различной степени тяжести, латентной анемии; деформация эмали и ранний кариес молочных и постоянных зубов; нарушение осанки.

3-4 этапы. Планирование и реализация ухода за ребенком .

Цель: не допустить развития выраженной клинической картины заболевания, присоединения сопутствующих заболеваний.

План сестринских вмешательств:

1. Информировать родственников о заболевании, возможных его последствиях

Обеспечивается право родственников на информацию. Родственники понимают целесообразность выполнения всех мероприятий ухода.

1. Обеспечить ребенку полноценное рациональное питание с обязательным включением в рацион продуктов, богатых витаминами (особенно витамином Д), кальцием.

Рахит- это полигиповитаминоз с преимущественным недостатком витамина Д, в результате чего отмечается склонность к снижению кальция в организме ребенка

1. Обеспечить длительное пребывание ребенка на свежем воздухе в «кружевной тени деревьев».

Обеспечивается выработка витамина Д в коже ребенка под действием УФЛ «Кружевная тень деревьев» задерживает инфракрасные лучи предупреждается перегревание ребенка.

1. Организовать ежедневное проведение ребенку массажа гимнастики.

При рахите отмечается гипотония мышц.

1. Провести мероприятия по профилактике присоединения сопутствующих заболеваний.

Рахит является неблагоприятным преморбидным состоянием.

5 этап. Оценка эффективности ухода.

При правильной организации сестринского ухода наступает выздоровление ребенка. Дети, перенесшие среднетяжелое и тяжелое течение рахита, подлежат диспансеризации длительностью 3 года: осмотр 1 раз в 3 мес., биохимический контроль по показаниям, рентгенография костей, проведение вторичной профилактики витамином D в течение 2-го года жизни, исключая лето, а на 3 4-м году только в зимний период.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рахит является одним из самых распространенных заболеваний в России среди детей первых лет жизни. По данным статистического анализа Минздравсоцразвития Российской Федерации, показатель заболеваемости детей рахитом в России за последние годы превышает 50%.

Младенческий рахит является не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой. Он может оказать неблагоприятное воздействие на дальнейший рост и развитие детей, а его последствия могут сохраняться на протяжении всей жизни ребенка. К примеру, деформации таза чреваты вынужденной необходимостью родоразрешения путем кесарева сечения в будущем, плоскостопие - длительным болевым синдромом и опосредованным повреждением позвоночника и суставов в течение жизни. Также рахит предрасполагает к частым респираторным заболеваниям, способствует формированию нарушений осанки, множественного кариеса зубов, анемии, вегетативным дисфункциям, нарушению моторики желудочно-кишечного тракта.

Исходя из всего вышеизложенного, можно сделать следующий вывод: профилактика - основа успешного предупреждения заболевания. Для того чтобы правильно организовать профилактику необходимо, чтобы врач и мама вместе работали над правильностью ее выполнения.