

Курсовая работа

Тема: "**Осложнения инфекционных заболеваний (эксикоз и токсикоз у детей)**"

МДК 02.01. «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях»

ПМ. 02 «Участие в лечебно- диагностических и реабилитационных процессах»

УТ: "Сестринское дело в педиатрии"

Специальность: Сестринское дело 34.02.01.

Курс: 3

Есипенок Анастасия Николаевна

*Студент, Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Саратовской области «Балаковский медицинский колледж»
группа 642, Россия, г.Балаково*

Томленова Елена Николаевна

*Научный руководитель,
Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение
Саратовской области «Балаковский медицинский колледж»
Россия, г.Балаково*

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| ВВЕДЕНИЕ..... | 3 |
| ГЛАВА 1. Теоретическая часть..... | 5 |
| 1.1. Общие понятия о токсикозе и эксикозе..... | 5 |
| 1.2. Причины возникновения токсикоза и эксикоза..... | 5 |
| 1.3. Патогенез..... | 7 |
| 1.4. Клиническая картина..... | 8 |
| 1.5. Внешний вид ребёнка..... | 10 |
| 1.6. Диагностика токсикоза и эксикоза..... | 11 |
| 1.7. Осложнения токсикоза и эксикоза..... | 12 |
| 1.8. Лечение токсикоза и эксикоза..... | 13 |
| 1.9. Особенности сестринского ухода и наблюдения за детьми с эксикозом и токсикозом..... | 18 |
| 1.10. Профилактика токсикозов и эксикозов..... | 21 |
| ГЛАВА 2. Исследовательская часть..... | 25 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 46 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ..... | 48 |
| ПРИЛОЖЕНИЯ..... | 49 |

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее частой инфекционной патологией детей грудного и младшего возраста являются острые респираторные и кишечные заболевания. Тяжесть состояния больных при этом может быть обусловлена рядом таких синдромов, как кишечный эксикоз и инфекционный токсикоз.

Кишечный токсикоз развивается у детей раннего возраста при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта - токсической диспепсии, сальмонеллезе, коли-инфекции, дизентерии и др. Характеризуется наличием интоксикации, нарушением водно-электролитного обмена с развитием обезвоживания организма, нарушениями кислотно-щелочного состояния, расстройством гемодинамики и развитием гипоксии, изменениями всех видов обмена веществ.

Быстрому развитию обезвоживания у ребенка, особенно раннего возраста, способствуют особенности водно-солевого обмена растущего организма. У младенца по сравнению со взрослым более высокий процент воды в организме, однако при этом объём H₂O значительно меньше, поэтому потери её более ощутимы. Например, у взрослого для появления признаков заболевания частота рвоты должна быть не меньше 10-20 раз, а у ребёнка - всего 3-5 раз.

Обезвоживание у детей развивается при значительных потерях воды и электролитов, которые происходят в основном при рвоте и диарее. Кишечный токсико-эксикоз входит в число жизнеугрожающих состояний, нуждающихся в проведении неотложной помощи. Важным событием в борьбе с этим тяжелым состоянием явилось открытие, суть которого сводится к тому, что обезвоживание организма на фоне острой диареи любой этиологии и в любом возрасте, за исключением ее тяжелых форм, можно без какого-либо риска и весьма эффективно пролечить в более 90% случаев простым методом оральной регидратации.

Актуальность темы: эксикоз и токсикоз у детей являются одним из сложных разделов педиатрии. Это обусловлено разнообразием этиологических

форм эксикоза и токсикоза при относительно однотипном проявлении их течения, значительной частотой среди детей, а также необходимостью проводить дифференциальную диагностику с инфекционными заболеваниями пищеварительной системы с целью назначения адекватной терапии этих состояний.

Исходя из написанного выше, можно сделать вывод, что одним из наиболее актуальных инфекционных осложнений является эксикоз и токсикоз.

Учитывая актуальность эксикозов и токсикозов у детей, было решено разработать цели и задачи курсовой работы.

Целью курсовой работы является:

- изучение и анализ причин эксикозов и токсикозов у детей, лечебные мероприятия, уход при эксикозах и токсикозах у детей.

Объект исследования:

- дети-пациенты г.Балаково и Балаковского района и их родственники по уходу.

Предмет исследования:

- эксикоз и токсикоз у детей, факторы риска и причины их появлений;
- информированность матерей о эксикозе и токсикозе, мероприятиях для профилактики и ликвидации этого состояния.

Задачи исследования:

1. Изучить современный теоретический материал по теме исследования.
2. Проанализировать собранный теоретический материал.
3. Изучить причины, факторы риска и распространенность эксикозов и токсикозов у детей.
4. Провести анкетирование среди родителей детей.
5. Проанализировать полученные результаты исследования.
6. Сделать общие выводы по курсовой работе в целом.
7. Разработать материал для санитарно-просветительной работы с родителями.

ГЛАВА 1

Теоретическая часть

1.1. Общие понятия о токсикозе и эксикозе

Токсикоз с эксикозом — патологическое состояние, являющееся результатом значительных потерь воды и электролитов с рвотой и жидким стулом при острой кишечной инфекции, сопровождающееся нарушением микроциркуляции, водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного баланса. Наиболее подвержены дегидратации дети грудного возраста. Их организм богаче водой, которая располагается преимущественно в экстрацеллюлярном пространстве и легко теряется. [8]

1.2. Причины возникновения токсикоза и эксикоза

Токсикоз с эксикозом чаще всего возникает при острых кишечных инфекциях.

У новорожденных детей ведущей причиной дегидратации являются:

- врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта (атрезия пищевода (приложение 1), тонкого кишечника, прямой кишки)
- пилоростеноз (приложение 2)
- сольтеряющая форма адреногенитального синдрома
- реже – острые кишечные инфекции

У грудных детей первое место занимают острые кишечные инфекции, затем – кишечная непроходимость (инвагинация) (приложение 3), врожденные пороки развития почек, протекающие с полиурией (приложение 4), муковисцидоз (обильное потоотделение).

У старших детей причиной дегидратации, кроме кишечных инфекций, могут быть и сахарный диабет (осмотическая полиурия, ацидотическая одышка), ацетонэмическая рвота, отравления ядами (грибы, химические яды). Острая дегидратация может развиваться при потере жидкости путем перспирации (одышка, лихорадка) при ОРВИ, пневмонии, септических

состояниях; при, экссудативной энтеропатии, кишечной непроходимости (приложение 5), ожогах, полиурии и др. [2]

Спровоцировать эксикоз могут следующие состояния:

- осложнения гриппа;
- острые респираторные заболевания;
- чрезмерное перегревание организма;
- кишечные инфекции;
- пневмония, сопровождающаяся рвотой;
- последствия пищевых отравлений;
- нарушение питьевого режима;
- желудочно-кишечные заболевания;
- бесконтрольный приём мочегонных препаратов;
- поражение организма стафилококком.

Причиной развития эксикоза у новорожденных и грудных детей могут стать проблемы с лактацией. Жидкость организм детей данной возрастной категории получает с материнским молоком. При его отсутствии или скудном количестве, запас влаги необходимо восполнять обычной водой. Детям до одного года необходимо употреблять не менее 100 мл жидкости в сутки. При прогрессировании заболеваний, сопровождающихся рвотой или диареей объем воды увеличивается.

Анатомо-физиологические особенности детского организма, которые способствуют возникновению токсикозов:

1. Физиологическая напряженность процессов обмена.
2. Особенности ЦНС: функциональное доминирование ретикулярной формации и паллидарной системы, незавершенность миелинизации нервных волокон. Недостаточная координирующая способность коры головного мозга, преобладание симпатического отдела вегетативной нервной системы, что определяет склонность детей к диффузным общемозговым реакциям, быстрому возникновению судорог и гипертермии.

3. Повышенная уязвимость вегетативных центров диэнцефальной части мозга.
4. Недостаточность биологических барьеров.
5. Повышенная проницаемость капилляров, которая легко увеличивается под действием токсинов и способствует отеку мозга. [7]

Факторы, способствующие развитию токсикозов:

1. Перинатальная патология (токсикоз во время беременности, внутриутробная гипоксия плода, родовая травма, асфиксия и др.).
2. Фоновая патология (рахит, аномалии конституции, гипотрофия и др.).
3. Повышенная чувствительность детей к бактериальным и вирусным агентам.

1.3. Патогенез

Ведущее место в патогенезе токсикоза с эксикозом занимает обезвоживание за счет потери внеклеточной воды с рвотными массами и жидким стулом. При тяжелых формах острых кишечных инфекций дети теряют воду в объеме до 50—100мл/кг в сутки и более.

Вместе с водой теряется внеклеточный Na^+ . В силу действия осмотических законов в последующем начинает уменьшаться и количество внутриклеточной жидкости. Одновременно теряется внутриклеточный ион K^+ . За сутки больные могут потерять до 10 — 12 ммоль/кг Na^+ и K^+ , а также большое количество аминокислот, липидов, микроэлементов. Потери воды и солей приводят к снижению общего объема циркулирующей плазмы (ОЦП) и снижению центрального венозного давления.

В ответ возникает защитная реакция сердечно-сосудистой системы в виде спазма мелких артерий и вен, происходит централизация системного кровообращения и постепенное выключение из циркуляции сосудов кожи, мышц, печени, приводящее к гипоксии тканей и функциональной недостаточности собственных органов детоксикации. Одновременно с этим возникает энергетический дефицит клеток, препятствующий осуществлению ферментативных процессов, в клеточных мембранах активируются процессы перекисного окисления липидов. Это способствует вначале повышению проницаемости мембран клеток, а затем их разрушению. В клетках и

внеклеточном пространстве нарастает концентрация метаболитов, ферментов, протеаз, усиливающих катаболические процессы, а также накапливаются ионы водорода, что способствует развитию метаболического ацидоза.

На фоне проводимой регидратации состояние больных может ухудшаться, поскольку при увеличении ОЦП и восстановлении крово- и лимфообращения из ишемизированных ранее тканей в системный кровоток попадает большое количество накопившихся продуктов распада клеток.

Патоморфологические изменения при этом состоянии крайне скудны.

Выявляются дегенеративные изменения в стенках капилляров, печени и почках. В капиллярах выявляются стазы, микротромбозы. При молниеносном течении обнаруживают серозное воспаление слизистой оболочки тонкого кишечника. Часто выявляются отек мозга и дегенеративные изменения нервных клеток. На поздних стадиях выявляются признаки септического процесса (приложение 6). [3]

1.4. Клиническая картина

Клиника кишечного токсикога с эксикозом характеризуется последовательной сменой ряда патологических синдромов. Первоначально превалирует нарушение функций желудочно-кишечного тракта. По мере увеличения дефицита воды и электролитов на первый план выступают симптомы обезвоживания и поражения ЦНС. Если процесс прогрессирует, появляются признаки недостаточности кровообращения, которые при токсикоге и эксикозе чаще всего имеют клинику гиповолемического шока.

Начало кишечного токсикога обычно острое. Реже может диагностироваться продромальный период, продолжительность которого варьирует от нескольких часов до 2-3 суток, у ребенка появляется вялость или раздражительность, снижение аппетита, поверхностный сон. Иногда начальные симптомы могут оставаться незамеченными. В этих случаях токсикоз развивается внезапно - состояние ухудшается, появляется гипертермия, судороги, нарушение сознания. В последующем - неврологическая симптоматика отходит на второй план, и преимущественное значение

приобретают симптомы обезвоживания, реологические и обменные нарушения.
[4]

Клинически важно выделить степень кишечного токсикоза с обезвоживанием, которая базируется на показателях острого дефицита массы тела (за 1-2 дня) и следующих симптомах:

I степень - характеризуется психомоторным возбуждением. Сознание сохранено. Температура 38-39 °С. Большой родничок не западает. Сухожильные рефлексы не изменены или повышены. Жажда. Кожные покровы обычной окраски или бледные, эластичность сохранена. Слизистые оболочки влажные или слегка суховаты. Тоны сердца громкие, ритмичные, тахикардия до 160 ударов в минуту. Пульс хорошего наполнения и напряжения. АД нормальное или повышенное. Олигурия. Острый дефицит массы тела (за 1-2 дня) составляет 1-5%. Происходит тромбирование игл во время венопункции. (приложение 7)

II степень - отмечается вялость, адинамия, может развиваться сомнолентное или сопорозное состояние, но реакция на прикосновение сохранена. Имеет место гипертермия и похолодание конечностей, западение большого родничка, снижение сухожильных рефлексов. Выражена бледность, "мраморность" кожи, не исчезающая после введения сосудорасширяющих препаратов. Эластичность кожи снижена (складка расправляется в течение 1-2 секунд). Цианоз ногтевых лож. Слизистые суховаты, слюна вязкая. Тоны сердца приглушены, систолический шум, тахикардия до 180 ударов в минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения. АД нормальное или пониженное. Олигурия с признаками токсического поражения почек. Острый дефицит массы тела 6-10%. Тромбирование игл во время венопункции, микро или макрогематурия. (приложение 8)

III степень - характерна адинамия, нарушение сознания, клонико-тонические судороги. На инъекции ребенок не реагирует. Может иметь место гипертермия, но чаще гипотермия. Большой родничок втянут; глазные яблоки мягкие, западают; черты лица заострены. Нередко наблюдается афония, плач

без слез. Кожные покровы серые, "мраморные". Холодные, влажные и часто цианотичные конечности. Снижение эластичности кожи (складка не расправляется более 2 секунд). Слизистые цианотичные, сухие, шпатель прилипает к языку. Тоны сердца глухие, систолический шум, тахикардия более 180 ударов в минуту. Пульс пальпируется лишь на крупных сосудах. АД менее 50% от возрастной нормы. Токсическая одышка. В легких - жесткое дыхание с рассеянными хрипами. Метеоризм. Олигоанурия. Острый дефицит массы тела более 10%. Кровоточивость из всех мест инъекций, гематурия, рвота "кофейной гущей", экхимозы, петехиальная сыпь (приложение 9).

Основным и наиболее достоверным критерием степени эксикоза является острый дефицит массы тела, но часто необходимо учитывать и другие симптомы обезвоживания - жажду, тургор мягких тканей, состояние кожных покровов и слизистых, сердечно-сосудистой системы, олигоанурию, особенно с учетом частого незнания родителями веса ребенка к началу заболевания (таблица 1).

Таблица 1. Клинические проявления дегидратации в зависимости от потери массы

| Признаки | I степень | II степень | III степень |
|--------------------|--------------|--------------------------|-----------------------------|
| Потеря массы, % | 0-5 | 5-10 | 10-15 |
| Диурез | N, немного ↓ | ↓, резко ↓ | Резко ↓, нет |
| Жажда | Умеренная | Выражена | Отсутствует |
| Эластичность кожи | Сохранена | ↓ | Резко ↓ |
| Слизистые оболочки | Влажные | Суховатые | Сухие |
| Родничок | N | Слегка впалый | Впалый |
| Тоны сердца | N | Ослаблены | Слабые |
| ЧСС | N | Умеренная тахикардия | Тахикардия |
| Температура тела | N | ↑ | ↓ |
| Микроциркуляция | Не изменена | Акроцианоз | Цианоз |
| ЦНС | N | Беспокойство или вялость | Сонливость, потеря сознания |

1.5. Внешний вид ребёнка

Вследствие тяжелых расстройств пищеварения, как результат жидкого стула и рвоты формируется дефицит воды и электролитов. Вначале эксикозы выдают только потеря веса и снижение тургора: сморщенная в складку кожа

расправляется очень медленно; глаза вваливаются, ребенок становится вялым, но пока не производится впечатления тяжелого больного.

В связи с поносом, рвотой, потерей веса в общем удовлетворительное до сих пор состояние становится внезапно очень тяжелым. Внешний вид ребенка становится пугающим (приложение 10): глаза глубоко вваливаются, затуманиваются, нос заостряется, появляется цианоз на губах. Ребенок необычайно тих, вызывает жалость, постепенно теряет контакт с окружающими, взор устремлен в одну точку, взгляд неподвижен, на явления внешнего мира не реагирует. Расстройства сознания, которые могут дойти до коматозного состояния, часто сопровождаются каталептическими, особенно часто – длительно фиксированными позами, например «позой фехтовальщика» (приложение 11). Даже поверхностное исследование может обнаружить расстройство кровообращения – другой ведущий признак токсического состояния: кожа бледно-серого цвета, конечности холодные, ногти слегка цианотичны, пульс крайне учащен, легко сдавливается, кровяное давление понижено, при рентгенологическом исследовании сердечная тень уменьшена. Дыхание почти во всех случаях грудное, «высокое», ацидотическое дыхание Куссмауля: умеренно уреженное, очень глубокое, амплитуда дыхательных движений велика. Появляется олигурия, в моче обнаруживается белок, содержание остаточного азота в крови повышается, величина клиренса очень низка (почечный синдром). Редукционные пробы мочи часто положительны, содержание сахара в крови повышается. [8]

1.6. Диагностика токсикоза и эксикоза

Диагноз токсикоза с эксикозом ставят на основании клинических признаков обезвоживания у ребенка: жажды, сухости кожи и слизистых оболочек (слизистой полости рта и конъюнктивы), западения большого родничка и глазных яблок (приложение 12), уменьшения тургора и эластичности подкожной клетчатки, снижения диуреза, изменения ЦНС (беспокойство или вялость, сомнолентность, судороги), снижения артериального давления, нарушения гемодинамики (бледность и цианоз

кожных покровов, холодные конечности), острой потери массы тела в течение нескольких часов или суток.

Выявить нарушения водно-электролитного баланса можно на основании:

- дефицита массы тела, развившегося за последние дни;
- выявления клинических проявлений эксикоза;
- определения гемоконцентрационной триады в плазме крови: гемоглобин, гематокрит, общий белок;
- измерения почасового, суточного диуреза, относительной плотности мочи (приложение 13);
- выявления дефицита (избытка) электролитов в крови.

Степень и вид обезвоживания у ребенка, тяжесть электролитных нарушений помогают уточнить лабораторные исследования.

Определяют следующие лабораторные показатели:

- гематокрит и концентрацию гемоглобина (общий анализ крови);
- концентрацию общего белка и электролитов – натрия, калия, кальция (биохимический анализ крови);
- КОС (кислотно-основное состояние) крови.

При I степени величина гематокрита, чаще всего, находится на верхней границе нормы и составляет 0,35-0,42, при II степени – 0,45-0,50, а при III степени может превышать 0,55 (однако если дегидратация развивается у ребенка с анемией, то величина гематокрита будет значительно ниже).

Кроме того, по мере нарастания токсикоза и эксикоза увеличивается концентрация гемоглобина и белка.

В большинстве случаев при токсикозе и эксикозе развивается метаболический ацидоз, выраженность проявлений которого оценивают по показателям КОС крови: показатель рН, который в норме составляет 7,35-7,45 (у новорождённых сдвиг в кислую сторону до 7,25). [1]

1.7. Осложнения токсикоза и эксикоза

Эксикоз опасен для детского организма и может спровоцировать ряд серьезных осложнений, которые могут нарушить работоспособность жизненно важных органов: нарушение барьерной функции капилляров головного мозга; развитие атеросклероза (приложение 14); снижение функций эритроцитов, тромбоцитов и лейкоцитов; нарушение работоспособности нервной системы; повышение риска тромбообразования (приложение 15); склонность к хроническим заболеваниям; риск критичного снижения иммунной системы; появление склонности к ожирению. [9]

1.8. Лечение токсикоза и эксикоза

Задачи лечения: восстановление исходной массы тела (ликвидация эксикоза), коррекция гомеостаза, этиопатогенетическая терапия основного заболевания. Схема лечения:

Обязательное лечение: регидратационная терапия, диетотерапия, восстановление электролитного баланса, коррекция КОС.

Вспомогательное лечение: нормализация белкового обмена, восстановление биоценоза кишечника.

Показания для госпитализации: наличие кишечного токсикоза, эксикоз II-III степени, невозможность проведения лечения в амбулаторных условиях, необходимость проведения углубленного обследования.

Регидратационная терапия

Острые кишечные инфекции у детей из-за широкой распространенности представляют значительную проблему для здравоохранения. По данным ВОЗ, велика смертность от острых кишечных инфекций (ОКИ), составляющая в отдельных странах до 50-70% от общей смертности детей до 5 лет. Ведущей причиной тяжести ОКИ у детей, приводящей к летальным исходам, является развитие обезвоживания. В связи с этим, основой рационального лечения больных ОКИ является широкое использование оральной регидратации с применением глюкозо-солевых растворов в сочетании с правильным питанием.

Применение глюкозо-солевых растворов для оральной регидратации физиологически обосновано, так как установлено, что глюкоза обладает свойством усиливать перенос калия и натрия через слизистую тонкой кишки – это способствует быстрому восстановлению нарушений водно-солевого баланса и нормализации обмена веществ (приложение 16).

ВОЗ рекомендует применять метод оральной регидратации при ОКИ, сопровождающихся так называемой «водянистой диареей» (энтеротоксигенный эшерихиоз и др.), а также при кишечных инфекциях другой этиологии, протекающих с явлениями энтерита, гастроэнтерита и энтероколита (сальмонеллез, ротавирусная инфекция и др.). Оральная регидратация наиболее эффективна при ее применении с 1-х часов от начала болезни.

По данным ВОЗ, проведение оральной регидратации в ранние сроки заболевания ОКИ приводило к снижению летальности в 2-14 раз и к уменьшению потребности госпитализации больных в два раза.

Метод оральной регидратации имеет следующие преимущества:

- при эксикозе 1-2 степени с помощью оральной регидратации восстановление концентрации калия, натрия и КОС происходит быстрее, чем при внутривенном введении регидратационных растворов, хотя нормализация стула может запаздывать на 1-2 дня;
- введение метода оральной регидратации в больницах позволяет снизить число внутривенных инфузий, что с одной стороны снижает стоимость лечения больного и уменьшает сроки его пребывания на койке, а с другой стороны – имеет противоэпидемическое значение в плане профилактики вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи инфекции;
- простота и доступность метода позволяет применять его на догоспитальном этапе лечения больных ОКИ – в поликлинике и даже на дому, а при раннем его использовании в начальном периоде болезни может сделать не нужной и госпитализацию;

- при высокой эффективности (у 80-95% больных) метод, при правильном его применении, практически не дает осложнений, в то время как при инфузионной терапии побочные реакции возникают у 16% и более больных.

Показания для проведения оральной регидратации– начальные проявления диареи, умеренное (1-2 степени) обезвоживание, не тяжелое состояние ребенка.

Показания для проведения парентеральной регидратации:

- тяжелые формы обезвоживания (2-3 степени) с признаками гиповолемического шока;
- инфекционно-токсический шок;
- сочетание эксикоза (любой степени) с тяжелой интоксикацией;
- олигурия или анурия, не исчезающая в ходе первого этапа регидратации;
- неукротимая рвота;
- нарастание объема стула во время проведения оральной регидратации в течение 2-х дней лечения. Эти явления могут быть обусловлены врожденными или приобретенными в период заболевания нарушением всасывания глюкозы (встречается редко).
- не эффективность оральной регидратации в течение суток.

Для борьбы с обезвоживанием рекомендуется использование препарата “Регидрон” (приложение 17), содержащего в 1 порошке: 3,5 г натрия хлорида, 2,9 г натрия цитрата, 2,5 г калия хлорида и 10,0 г глюкозы (или отечественный «Глюкосолан», содержащего в 1 порошке 3,5 г натрия хлорида, 2,5 г натрия бикарбоната, 1,5 г калия хлорида и 20 г глюкозы). Перед употреблением 1 порошок этих препаратов разводится в 1 л кипяченой воды и в разведенном виде может храниться не более суток.

Для проведения оральной регидратации могут быть использованы и другие растворы – оралит (приложение 18), биорисовый или морковно-рисовый отвар, «Детский лекарь».

При кишечных инфекциях «инвазивного» и «осмотического» типа предпочтение для проведения оральной регидратации следует отдать гипосмолярному глюкозо-солевому раствору с экстрактом ромашки «Гастролит» (приложение 19). Электролитный состав этого препарата разработан в соответствии с последними рекомендациями Европейского Общества Детской Гастроэнтерологии и Питания (ESPGAN). Содержание сухого вещества в пересчете на 1 литр: натрия хлорида – 1,75 г, калия хлорида – 1,5 г, натрия гидрокарбоната – 2,5 г, глюкозы – 14,5 г, экстракта ромашки лекарственной – 0,5 г, осмолярность раствора – 240 ммоль/л. Препарат восполняет не только водно-электролитные потери, но и купирует метаболический ацидоз. Экстракт ромашки дополнительно оказывает противовоспалительное, антисептическое и спазмолитическое действие на кишечник, обладает умеренно выраженными антидиарейными свойствами. Выпускается в порошках по 4,15 г для приготовления раствора на 200 мл. воды.

Методика расчета жидкости для оральной регидратации:

Оральная регидратация при наличии обезвоживания 1-2 степени проводится в два этапа:

I этап: в первые 6 часов проводится ликвидация существующего дефицита массы тела ребенка за счет эксикоза. Объем жидкости, необходимый для этого этапа равен дефициту массы тела в процентах и рассчитывается по формуле:

$$V = (M * P * 10) : 6$$

где, V – объем вводимой ребёнку жидкости в течение 1 ч., в мл

M – масса тела, кг

P – дефицит массы тела %

10 – коэффициент пропорциональности

II этап – поддерживающая терапия, которая проводится в зависимости от продолжающихся потерь жидкости и солей с рвотой и испражнениями. Ориентировочный объем раствора для поддерживающей терапии в последующие 18 часов первых суток оральной регидратации равен 80 – 100

мл/кг массы тела в сутки. Общий объем жидкости в последующие дни (до прекращения жидкого стула) равен объему физиологической потребности ребенка данного возраста + объем патологических потерь с рвотой и стулом, который ориентировочно составляет 10 мл/кг на каждое испражнение.

Техника проведения оральной регидратации:

Оральная регидратация может проводиться в стационаре, начиная с приемного отделения, в поликлинике, а при соответствующих обстоятельствах и даже на дому. Выпаивание может проводить медсестра или мать (после инструктажа). Рассчитанное врачом количество жидкости на 1 час наливают в специальную градуированную посуду и выпаивают ребенка по 1-2 чайной ложки или из пипетки каждые 5-10 минут, а при невозможности глотания – капельно через назо-гастральный зонд. В случае рвоты, после небольшой паузы (5-10 минут) оральное введение жидкости необходимо продолжать, так как со рвотой обычно теряется меньше воды и солей, чем вводится. Рвота при «секреторных диареях» обычно прекращается после ликвидации эксикоза и гипокалиемии.

Регидрон (или глюкосолан) необходимо сочетать с введением бессолевых растворов – сладкий чай, кипяченая вода, компот без сахара и др. (при использовании гастролита – дополнительное назначение бессолевых растворов не обязательно), а также с питанием ребенка. Во время проведения оральной регидратации проводится учет потерь жидкости со стулом, мочой и рвотными массами путем взвешивания сначала сухих, а затем использованных пеленок, а также – измерение температуры. Все данные заносятся в лист оральной регидратации, который ведется медсестрой или матерью ребенка, а затем клеивается в историю болезни. Врач подсчитывает объем суточных потерь и количество полученной путем регидратации и питания жидкости за сутки. Эффективность оральной регидратации оценивается по исчезновению и уменьшению симптомов обезвоживания, прекращению водянистой диареи, прибавке массы тела. [5]

Осложнения при оральной регидратации не возникают, если соблюдены все правила ее проведения (показания, дробность введения, количество). При неправильном проведении могут возникать:

- рвота – при слишком быстром отпаивании большим количеством раствора (особенно через соску), в этом случае оральную регидратацию на время прекращают;
- отеки – при избыточном введении раствора, неправильном соотношении солевых растворов и воды в зависимости от вида эксикоза (соледефицитный, изотонический и др.).

Диетотерапия при острых кишечных инфекционных заболеваниях быстро приводит к нормализации стула, так как при этих заболеваниях нарушены процессы переваривания пищи и всасывания ее ингредиентов. Основные подходы к питанию при диарее инфекционного генеза определяются возрастом детей.

- Диетотерапия детей в возрасте до 1 года: уменьшение объема питания наполовину с увеличением кратности приема пищи до 5-19 раз в день. При грудном вскармливании для коррекции вторичной лактазной недостаточности, развивающейся на фоне инфекционной диареи, добавляют ферменты вызывающие гидролиз лактозы (лактазу беби*, лактазар*). При искусственном вскармливании целесообразно кормить детей низколактозными («Нутрилон низколактозный», «Нестожен низколактозный» и другие аналоги) или безлактозными смесями на основе молока («НАН безлактозный», «Симилак безлактозный» и другие аналоги) или сои («Фрисосой», «Нутрилон соя» и другие аналоги).
- Из питания детей в возрасте старше 1 года необходимо исключить цельное коровье или козье молоко, кефир, йогурт, сметану, сливки, ряженку, бульоны, хлеб, бобовые, свеклу, огурцы, репу, редис, редьку. В острый период рекомендуют каши, не содержащие глютен, молоко, лактозу. Рекомендуют каши: рисовую, кукурузную, гречневую, пшеничную, овощное

пюре, печеное яблоко. Детям в возрасте старше 3 лет рекомендуют употребление безлактозного молока (приложение 20).

1.9 Особенности сестринского ухода и наблюдения за детьми с эксикозом и токсикозом

Уход за больным с эксикозом и токсикозом строго индивидуален, зависит от тяжести и периода заболевания, возраста ребенка и конкретных условий. Правильно организованный уход облегчает физическое и моральное состояние ребенка, способствует его выздоровлению.

Работа медсестры должна строиться таким образом, чтобы для каждого ребенка были повседневно обеспечены лечебно-охранительный режим, рациональное питание, профилактика осложнений и внутрибольничных инфекций. Большое значение имеет соблюдение питьевого режима больными, способствующему выведению из организма токсических и шлаковых продуктов, восполнению потерь со стулом и рвотой.

Медсестра должна уметь вовремя выявлять проблемы пациента и осуществлять уход. Основные проблемы ребенка представлены в таблице 2.

таблица 2. Основные проблемы пациента

| № п/п | Настоящие | Потенциальные | Приоритетные |
|--------------|------------------|--|---------------------|
| 1 | Жидкий стул | -Обезвоживание; -снижение массы тела; -раздражение кожи вокруг ануса; -боли в животе; -метеоризм | Жидкий стул |
| 2 | Рвота | -обезвоживание; -риск аспирации; -отказ от еды и питья; -изменение вкуса; -отрицательное отношение к медработнику, оказывающему помощь | |
| 3 | Боли в животе | -плохой сон, аппетит; -беспокойство, раздражительность, пассивность; -отказ от приема лекарств; -страх | |

Медицинская сестра и другие лица, осуществляющие уход за больным с эксикозом и токсикозом, должны немедленно сообщать врачу обо всех изменениях в состоянии больного, особенно если они имеют отрицательный характер, медицинская сестра должна обращать внимание на поведение ребенка (вялость или возбуждение), цвет слизистых оболочек и кожи, эластичность, влажность, тургор тканей.

При наличии рвоты, необходимо обращать внимание на количество и состав рвотных масс (содержит ли остатки пищи, с желчью, кофейной гущи). Стул должен осматриваться после каждого испражнения ребенка – на обильность и наличие патологических примесей, его кратность. После осмотра и оценки стула медицинская сестра обязана точно записать частоту и характер стула в дневнике наблюдения за ребенком в истории болезни, в случае необходимости (наличие патологических примесей) показать лечащему или дежурному врачу.

В результате потери жидкости со стулом и рвотой, часто отмечается быстрая и значительная потеря массы тела ребенка, что свидетельствует о тяжести состояния. Поэтому больного ребенка необходимо ежедневно взвешивать и полученные данные заносить в температурный лист. [6]

План сестринских вмешательств по приоритетной проблеме «жидкий стул»:

Частота стула и наличие примесей в нем уменьшатся, если:

- сообщить врачу, выполнять его назначения;
- изолировать ребенка в отдельную палату, бокс;
- обеспечить ребенку постельный режим (лечебно-охранительный), физический, психический покой, психологическую поддержку, продолжительный сон;
- проводить оральную регидратацию (по назначению врача) регидроном, глюкосаланом и др.;
- уменьшить разовый и суточный объем пищи, увеличить кратность кормления (по назначению врача) у детей грудного возраста;

- обеспечить детей грудного возраста материнским молоком, при его отсутствии – адаптированными смесями (приложение 21);
- разрешить детям старше 1 года слизистые супы, протертые каши, кисели, овощные пюре (стол №4 по Певзнеру) с постепенным расширением диеты (к 5-7-му дню лечения); исключить из рациона продукты, усиливающие брожение, перистальтику кишечника (цельное молоко, черный хлеб и др.);
- проводить по назначению врача детоксикацию (внутривенно), этиотропную терапию (антибиотики, химиопрепараты, энтеросорбенты, бактериофаги), введение ферментов, иммунопрепаратов, витаминов, отваров трав, препаратов, корректирующих дисбактериоз кишечника;
- следить за Рs, ЧДД, АД; контролировать количество введенной и выведенной жидкости, вести учет объема съеденной пищи;
- проводить осмотр и регистрировать строго и четко частоту и характер стула, рвоты и характер рвотных масс, докладывать об этом врачу;
- обеспечить ребенку смену нательного и постельного белья, уход за кожей, слизистыми, после каждого акта дефекации подмывать ребенка с мылом, обрабатывать кожу вокруг ануса детским кремом, прокипяченным растительным маслом, цинковой пастой и др.;
- создать комфортные условия: температура в палате плюс 22-24 °С, проветривание 3 раза в день по 15-20 минут, влажная уборка 2 раза в день с дез.средствами, вести борьбу с мухами, обеззараживать каловые, рвотные массы, остатки пищи, предметы ухода;
- менять положение в постели для предупреждения застойных явлений в легких;
- использовать индивидуальные средства ухода, игрушки с последующим их обеззараживанием;
- провести беседу с мамой, ребенком, другими родственниками по соблюдению личной гигиены (мыть руки с мылом, иметь индивидуальный горшок, судно), санэпидрежима, об элементах ухода, о соблюдении диеты.

1.10. Профилактика токсикозов и эксикозов

Изучение факторов риска, усугубляющих течение токсикоза и эксикоза, позволяет наметить основные пути его профилактики. В этой связи следует подчеркнуть, что профилактика во многом зависит от правильной организации работы родовспомогательных и детских лечебно-профилактических учреждений.

В поликлиниках следует выделить группу высокого риска развития токсических форм инфекционных заболеваний. В нее необходимо включить детей с врожденными и наследственными заболеваниями. Своевременная диагностика муковисцидоза, целиакии, врожденных тубулопатий, наследственных болезней обмена веществ позволяет скорректировать метаболические расстройства, и предотвратить развитие токсикоза при первом же инфекционном заболевании. К этой же группе следует отнести детей с аномалиями конституции и ранним переводом на искусственное вскармливание (до 4 месяцев) с признаками пищевой сенсибилизации.

У детей с высокой степенью риска в первую очередь необходима профилактика повторных инфекционных заболеваний, при появлении первых клинических признаков которых требуется активное ежедневное врачебное наблюдение и раннее использование сосудорасширяющих средств одновременно с жаропонижающими препаратами.

Ведущее значение повышенной чувствительности в патогенезе токсических состояний заставляет обращать внимание на профилактику инфекции и правильное проведение профилактических прививок. Еще раз следует напомнить часто забываемую истину: прививки должны проводиться только здоровым детям. С нашей точки зрения, заслуживает одобрения опыт педиатров, которые во время эпидемии ОРВИ дают всем детям медицинский отвод от прививок. Своевременное и правильное начало лечения инфекционных заболеваний у детей раннего возраста препятствует развитию токсического состояния. Особое значение имеет поддержание нормального водного режима больного с целью предотвращения обезвоживания. Нужно

стремиться к ранней нормализации периферического кровотока с использованием сосудорасширяющих средств еще на догоспитальном этапе. [7]

Вывод к теоретической части:

Изучив современные данные по токсикозу с эксикозом у детей можно сделать следующие выводы:

Токсикоз с эксикозом у детей – это неспецифическая реакция организма на повреждения, вызванные инфекционным агентом, в основе которого лежит нарушения водно-электролитного обмена, гемодинамики, кислотно-основного равновесия вследствие значительных потерь воды и электролитов.

Обезвоживание организма у детей может встречаться при различных заболеваниях (ОРВИ, пневмониях, менингитах, хирургических заболеваниях и др.). При этом причиной потерь жидкости могут быть гипертермия, одышка, рвота, парез кишечника. Но наиболее частой причиной обезвоживания организма являются различные кишечные инфекции (ротавирусная инфекция, эшерихиоз, сальмонеллез, стафилококковая инфекция и др). В патогенез токсикоза и эксикоза участвуют 4 основных механизма: кишечная инфекция, повышение осмотического давления в полости кишки, нарушение транзита кишечного содержимого, кишечная гиперэкссудация. Клинические симптомы обезвоживания у ребенка развиваются вследствие патологических утрат воды (рвота, понос, длительная гипертермия, полиурия, повышенная перспирация и т.д.) и характеризуется нарушениями со стороны нервной системы и различными клиническими признаками. Выделяют 3 степени тяжести дегидратации, которые определяются по дефициту массы тела (в процентах от её первоначальной величины), развившемуся вследствие потери жидкости. Внешний вид ребёнка зависит от степени обезвоживания.

Современные методы диагностики токсикоза и эксикоза весьма разнообразны, в части: «Диагностика токсикоза и эксикоза» они подробно описаны. Эксикоз и токсикоз могут спровоцировать серьезные осложнения, которые могут нарушить работоспособность жизненно важных органов. Лечение токсикоза и эксикоза включает в себя: регидратационную терапию,

диетотерапия, восстановление электролитного баланса, коррекция КОС, нормализацию белкового обмена, восстановление биоценоза кишечника. Основной задачей лечения детей является раннее возмещение воды и электролитов для ликвидации обезвоживания и развития тяжелых последствий.

В теоретической части рассмотрен план сестринских вмешательств по приоритетной проблеме «жидкий стул», что является одним из важных моментов ухода за ребёнком при эксикозе и токсикозе. Важным в профилактике являются знания о факторах, усугубляющих течение инфекционного заболевания, проявления токсикозов и эксикозов и способы борьбы с ними. А так же своевременное и правильное начало лечения инфекционных заболеваний.

ГЛАВА 2

Исследовательская часть

Наше практическое исследование проводилось для подтверждения теоретического материала. Началось исследование с изучения данных медицинской статистики по теме курсовой работы «Осложнения инфекционных заболеваний (эксикоз и токсикоз)». Нами были изучены данные медицинской статистики по ГУЗ СО "Детская городская больница" г.Балаково, инфекционного отделения №1 за 2015, 2016, 2017г.

Инфекционные болезни составили 22,4% от всех пролеченных больных. Из них больные острыми кишечными заболеваниями 96,4%, что приблизительно равно уровню 2016, 2015 и 2014гг. Средние сроки лечения составили 4,1 дня. Количество больных с ОКЗ. бак. подтвержденными – 420 случаев, что составило 29,4%. В этом числе ротавирусная инфекция диагностирована у 159 пациентов, что составило 11,1% от всех болезней класса против 13,9% в 2015 и 21,7% гг.; норволк-инфекция – 130 пациентов; аденовирусная инфекция – 7 пациентов.

таблица № 3 Количество больных ДИО с осложнениями (эксикоз и токсикоз)

| | 2015 г. | 2016 г. | 2017 г. |
|--|---------|---------|---------|
| Всего больных с ОКИ | 1362 | 1393 | 1154 |
| Из них с осложнениями (эксикоз и токсикоз) | 794 | 818 | 752 |

Так же нами была составлена авторская онлайн-анкета (приложение 22) и размещена на сайте <https://www.survio.com/survey/d/X9U3J9K4F1V9G9L9C> и голосование проходило также в группе «Мамочки Балаково Vк» https://vk.com/balakovo_mama

В ходе проведенного анонимного анкетирования были опрошены 72 женщины, чьи дети имели осложнения инфекционных заболеваний (эксикоз и токсикоз). Данные анкетирования проанализированы и сделаны выводы.

На вопрос: «Ваш возраст?» были получены результаты (рис.1):

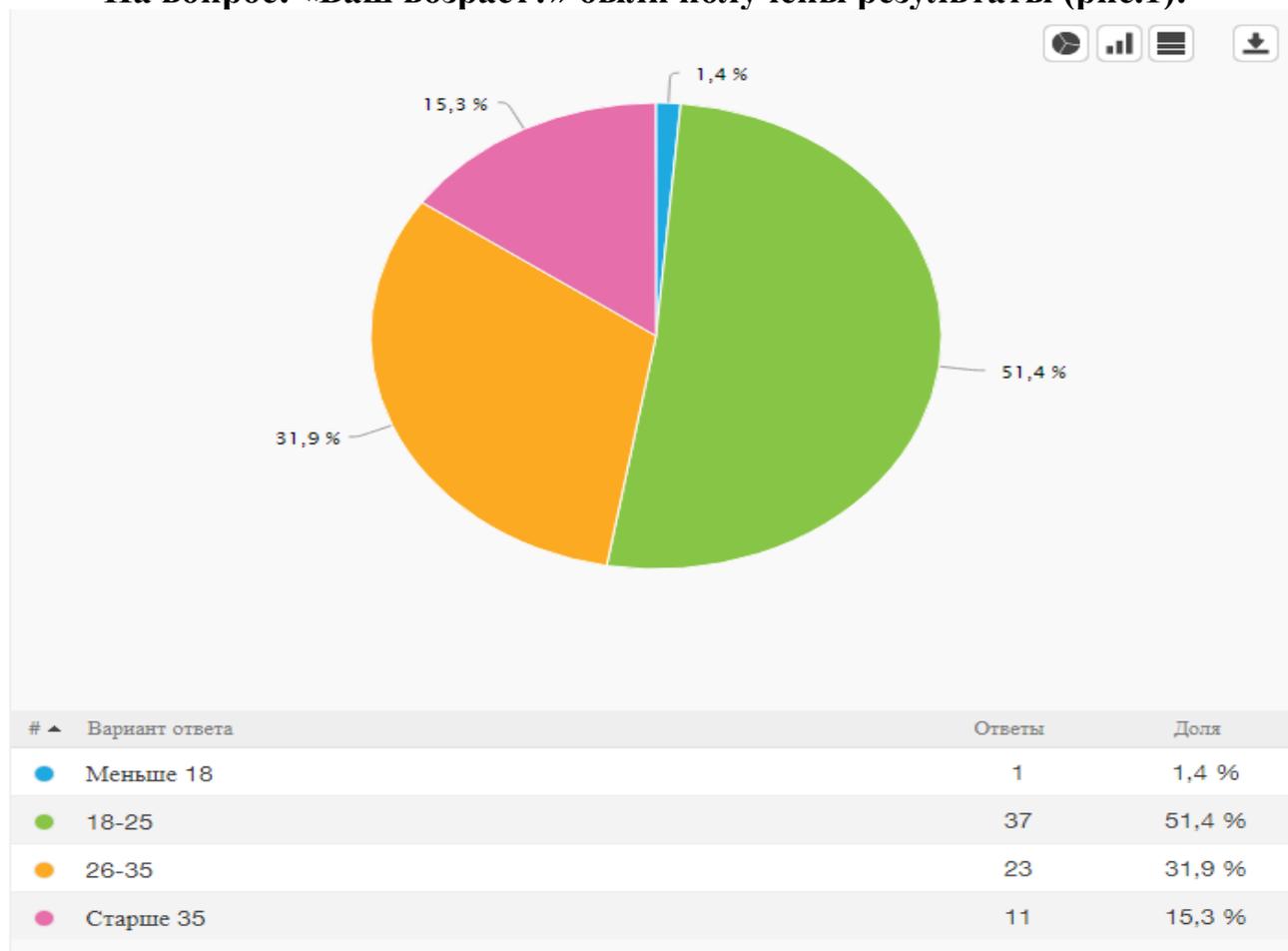


Рисунок 1. Возрастной состав участниц

Выводы: На данной диаграмме мы видим, что в анкетировании приняли участие в основном женщины в возрасте 18-25 лет –51,4% (37), в возрасте 26-35 лет– 31,9% (23), гораздо меньше в возрасте старше 35 лет– 15,3 % (11) и лишь одной участнице было меньше 18 лет -1,4% (1)

На вопрос: «Возраст Вашего ребёнка?» были получены результаты (рис.2):

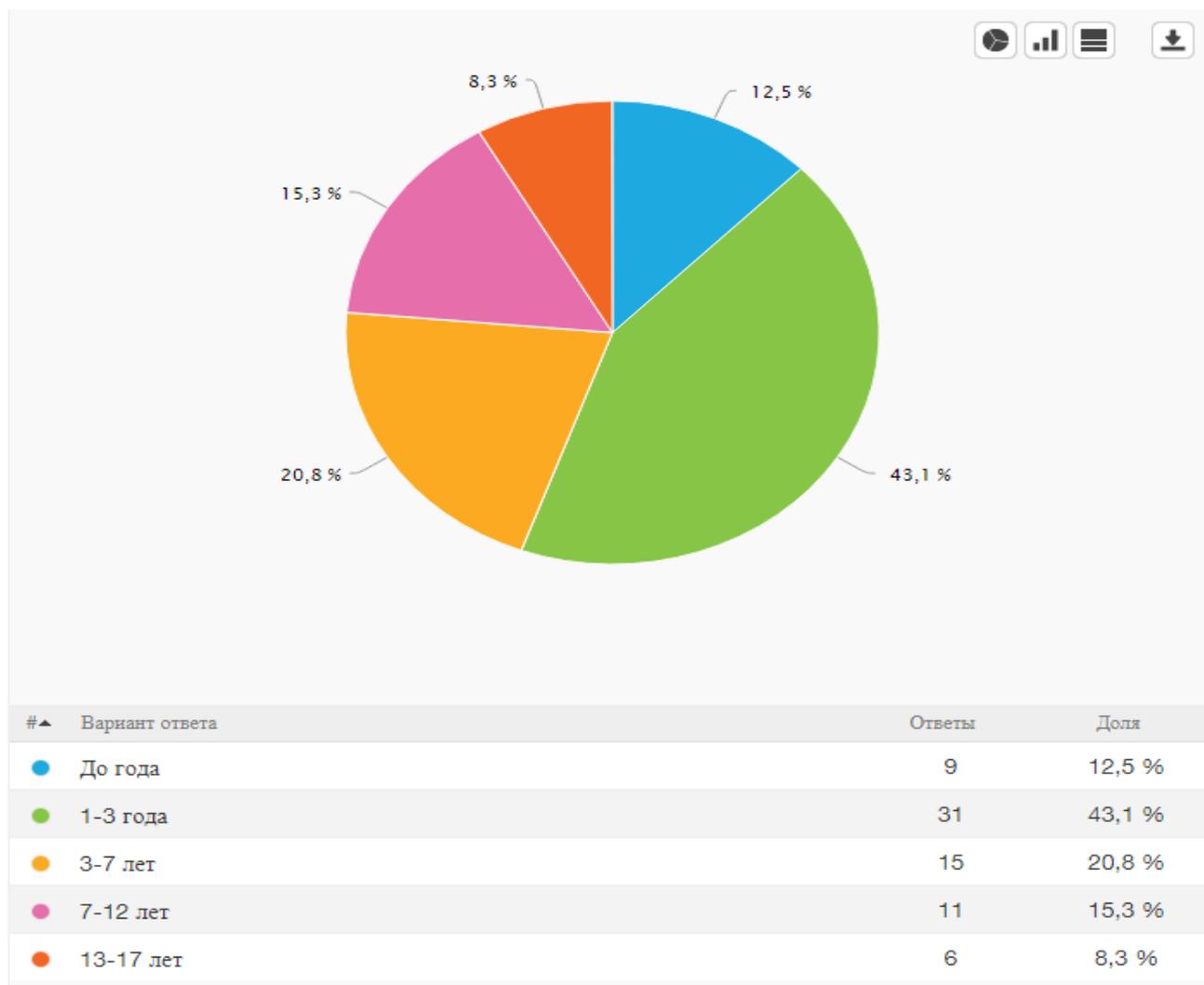


Рисунок 2. Возрастной состав детей участниц анкетирования

Выводы: Исходя из данной диаграммы мы видим, что возраст детей среди участниц анкетирования не равномерен, наибольшее количество участниц было среди мам детей в возрасте 1-3 лет– 43,1% (31), у данной группы детей наиболее часто встречаются осложнения в виде эксикоза и токсикоза, что подтверждается данными теоретического материала, на втором месте дети в возрасте 3-7 лет– 20,8% (15), на третьем 7-12 лет– 15,3% (11), на четвёртом в возрасте до одного года – 12,5% (9), на пятом 13-17 лет – 8,3% (6).

На вопрос: «Пол Вашего ребёнка?» были получены результаты (рис.3):

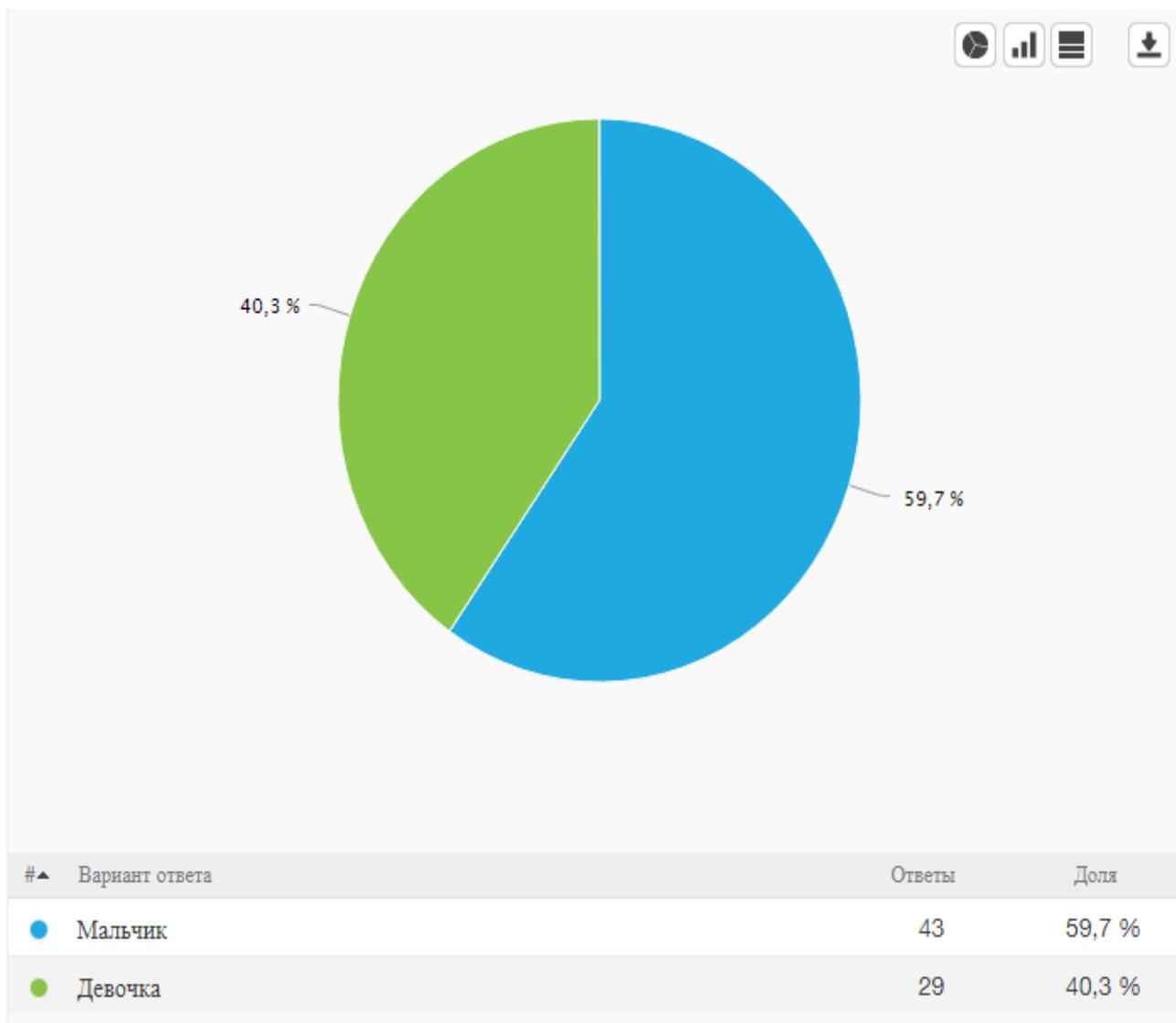


Рисунок 3. Половой состав детей участников анкетирования

Выводы: Анализируя данную диаграмму, можно сделать вывод, что половой состав относительно равномерный: матери мальчиков – 59,7% (43), матерей девочек было меньше – 40,3 (29)

На вопрос: «Ваш ребёнок болел инфекционным заболеванием, сопровождающимся рвотой, жидким стулом, тошнотой?» были получены результаты (рис.4):

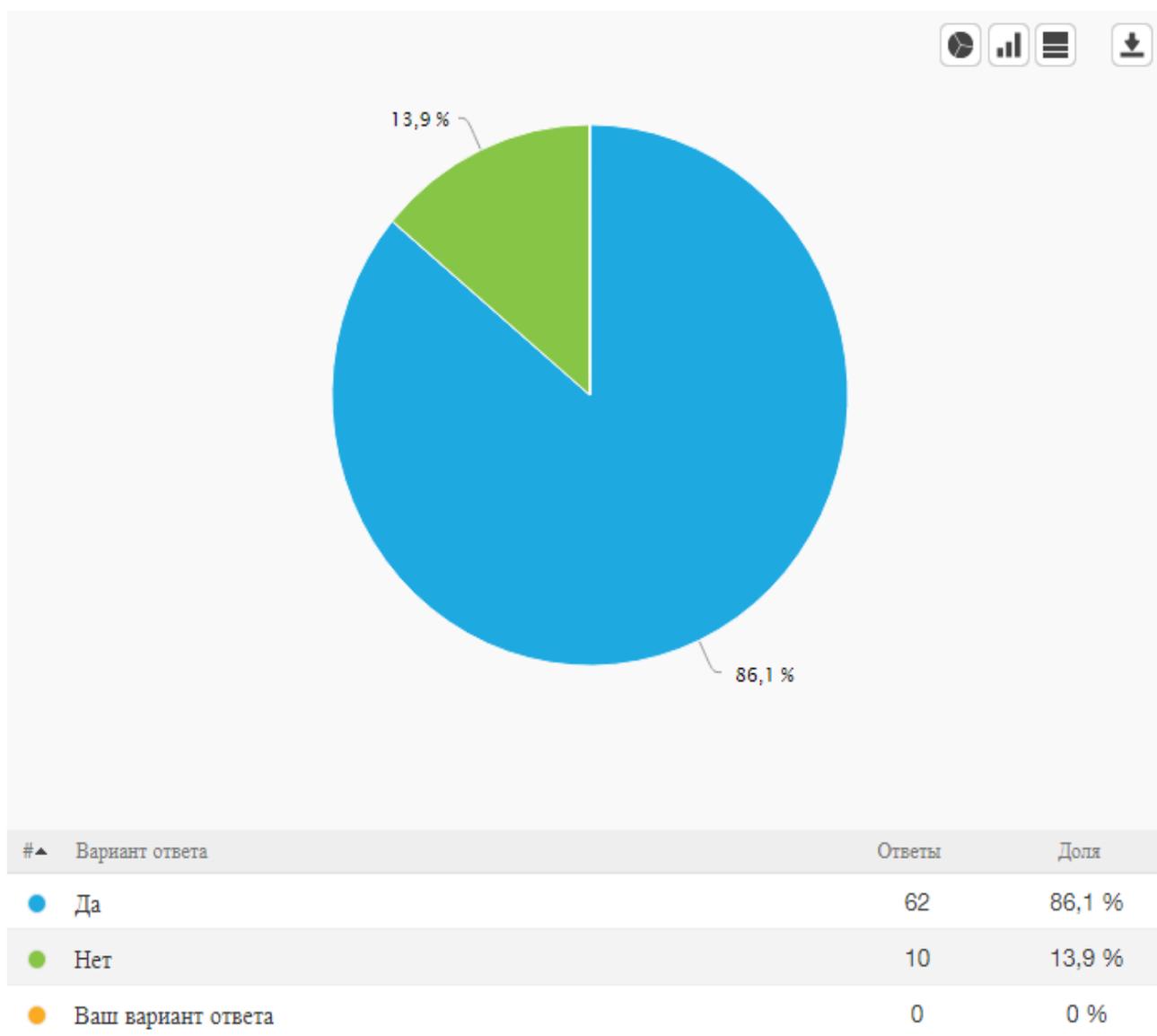


Рисунок 4. Наличие инфекционных заболеваний, сопровождающихся рвотой, жидким стулом, тошнотой

Выводы: У 86,1% (62) детей, чьи мамы были опрошены, наблюдались инфекционные заболевания, сопровождающиеся рвотой, жидким стулом, тошнотой. У 13,9% (10) – они отсутствовали.

На вопрос: «Часто Ваш ребёнок болеет инфекционными заболеваниями, сопровождающимися рвотой, жидким стулом, тошнотой?» были получены результаты (рис.5):

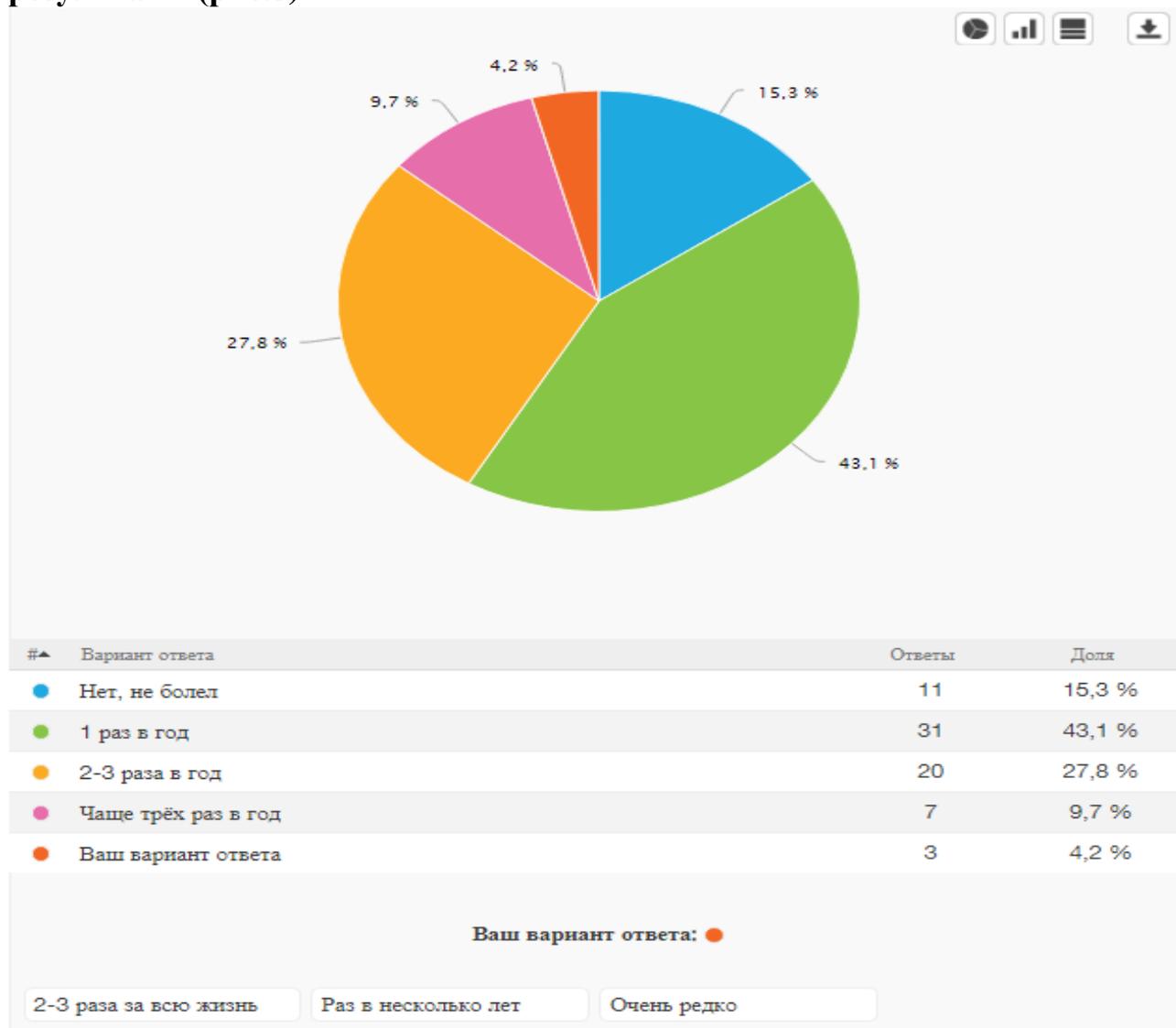


Рисунок 5. Частота у детей инфекционных заболеваний, сопровождающихся рвотой, жидким стулом, тошнотой

Вывод: У большинства респондентов дети болеют инфекционными заболеваниями, сопровождающимися рвотой, жидким стулом, тошнотой 1 раз в год – 43,1% (31), 2-3 раза в год болеют у 27,8 % (20), 15,3% (11) участниц ответили, что их ребёнок не болел инфекционным заболеванием, сопровождающимся рвотой, жидким стулом, тошнотой. Чаше трёх раз в год болели дети у 9,7% (7), 4,2% (3) выбрали свой вариант ответа: 1.2-3 раза за всю жизнь 2.Раз в несколько лет 3.Очень редко

На вопрос: «Какие заболевания, по Вашему мнению, могут вызвать эксикоз и токсикоз?» были получены результаты (рис.6):

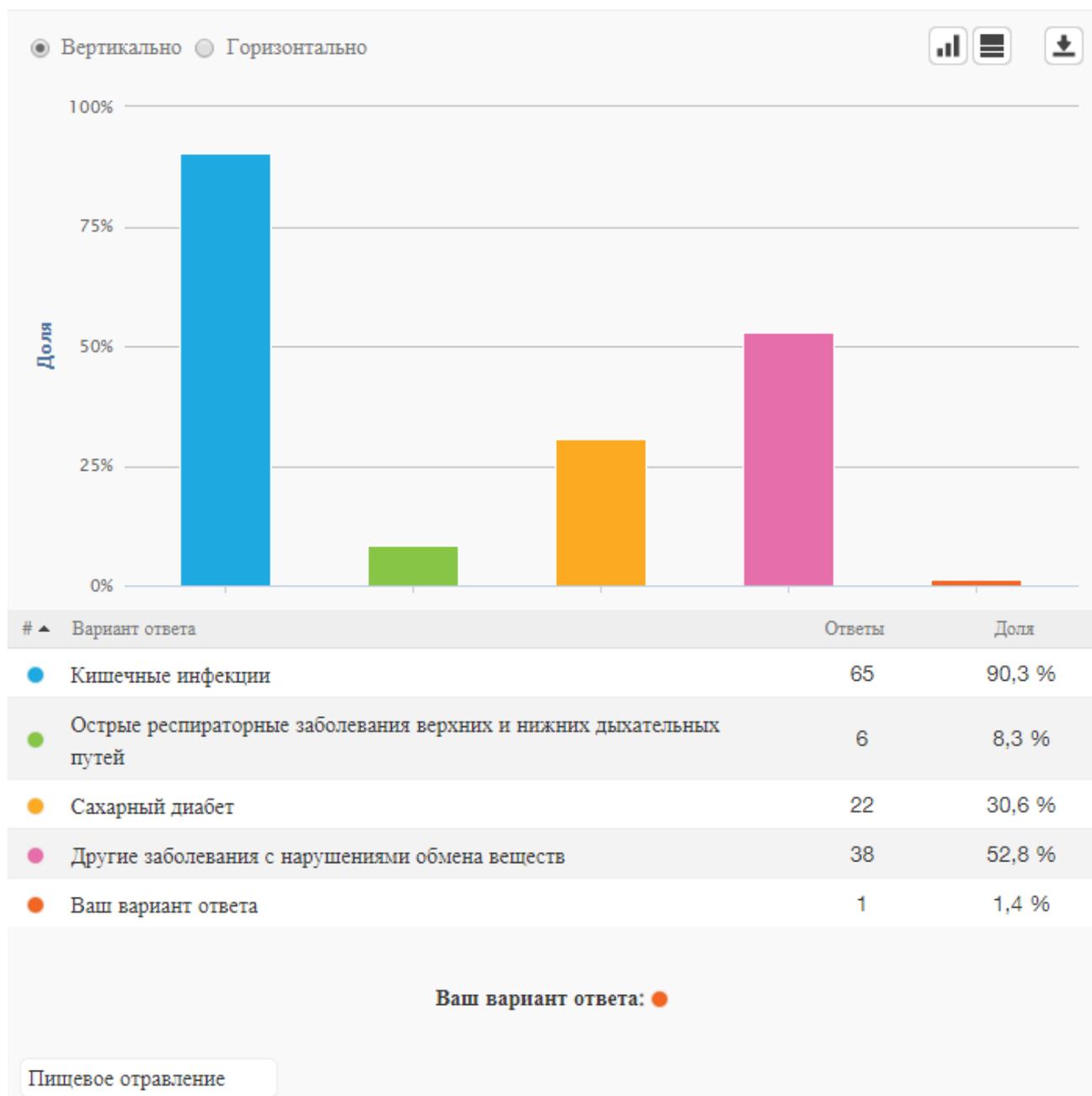


Рисунок 6. Заболевания, вызывающие эксикоз и токсикоз

Вывод: На данной диаграмме мы видим, что наибольшее количество участниц считает, что эксикоз и токсикоз вызывают кишечные инфекции – 90,3%(65), 52,8%(38) – считают, что другие заболевания с нарушениями обмена веществ, 30,6%(22) – сахарный диабет, 8,3%(6) – острые респираторные заболевания верхних и нижних дыхательных путей, и лишь одна участница выбрала свой вариант ответа: пищевое отравление - 1,4% (1).

На вопрос: «Как Вы считаете, чем проявляется токсикоз у детей?» были получены результаты (рис.7):

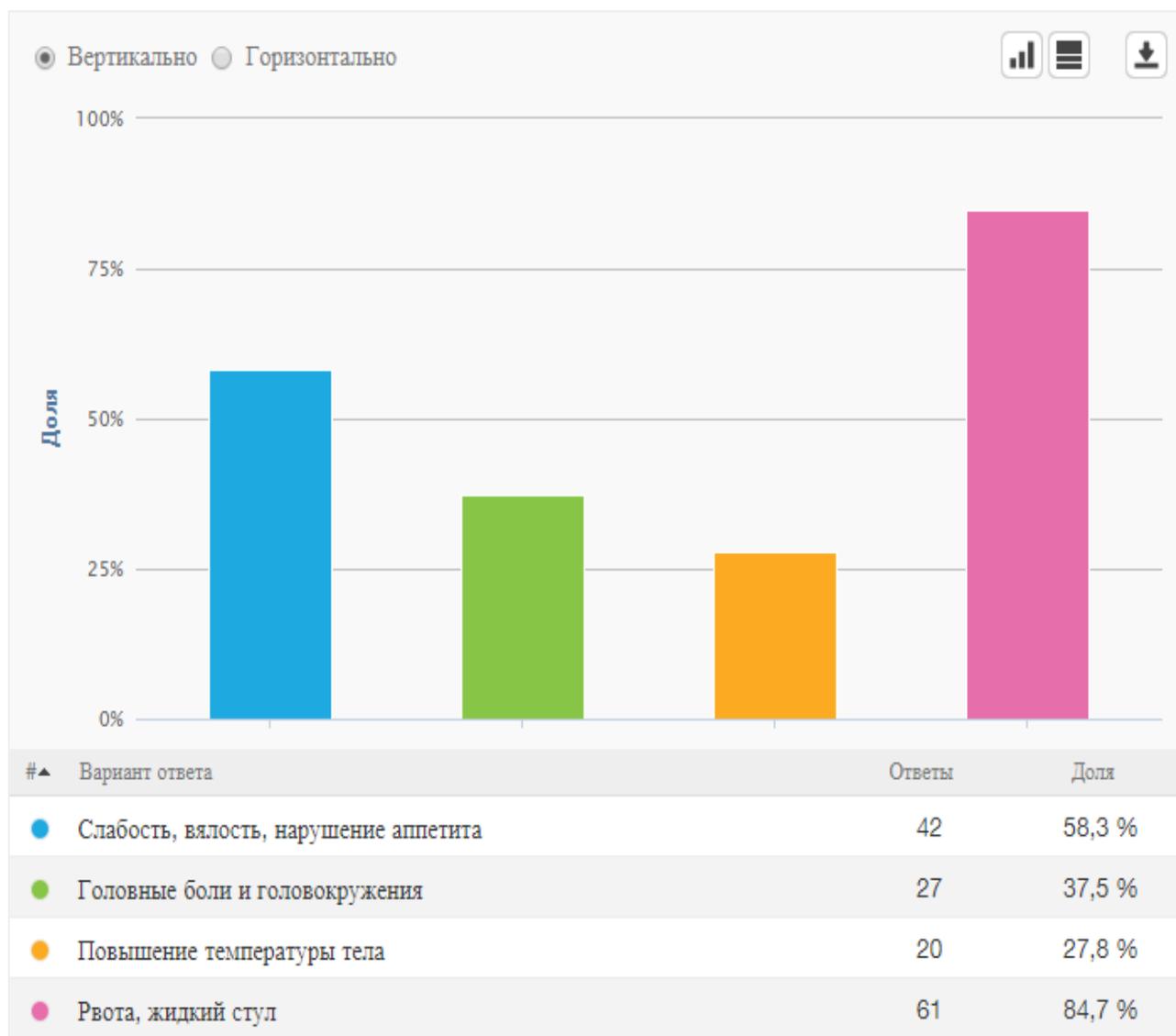


Рисунок 7. Симптомы проявления токсикоза

Вывод: Респонденты при ответе на вопрос № 7 сообщили, что они считают, что наиболее часто токсикоз проявляется в виде рвоты и жидкого стула – 84,7% (61), на втором месте – в виде слабости, вялости, нарушения аппетита – 58,3% (42), на третьем – головных болей и головокружений – 37,5 (27), наиболее редким проявлением токсикоза участницы считают повышение температуры тела – 27,8% (20)

На вопрос: «Как Вы считаете, чем проявляется эксикоз у детей?» были получены результаты (рис.8):

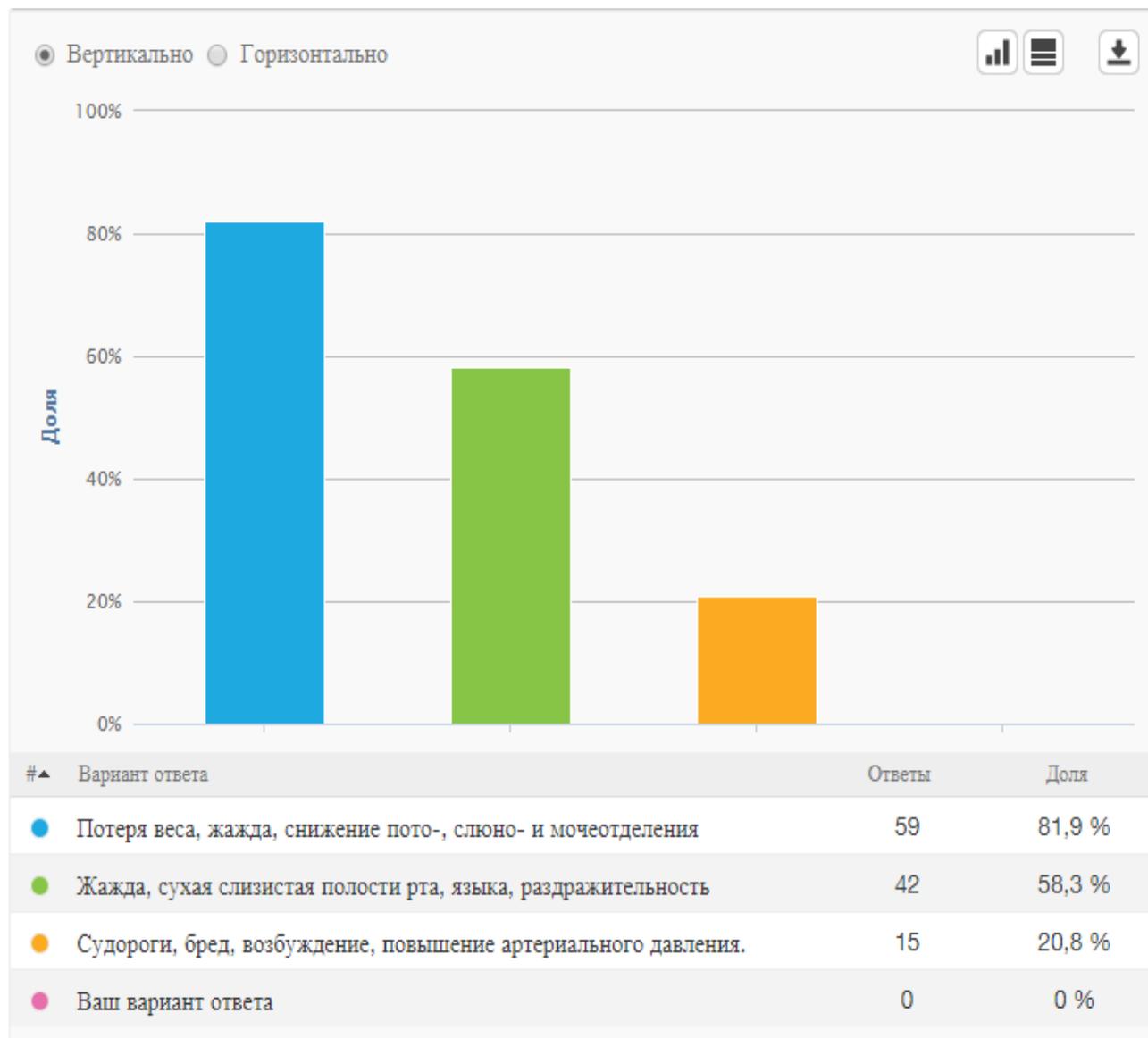


Рисунок 8: Симптомы проявления эксикоза

Вывод: На вопрос № 8 участницы анкетирования ответили, что они считают самым частым проявлением эксикоза потерю веса, жажду, снижение пото-, слюно- и мочеотделения – 81,9% (59), реже встречаются проявления в виде жажды, сухой слизистой полости рта, языка, раздражительность - 58,3% (42), наиболее редко судороги, бред, возбуждение, повышение артериального давления – 20,8% (15).

На вопрос: «Был ли у Вашего ребёнка токсикоз с эксикозом?» были получены результаты (рис.9):

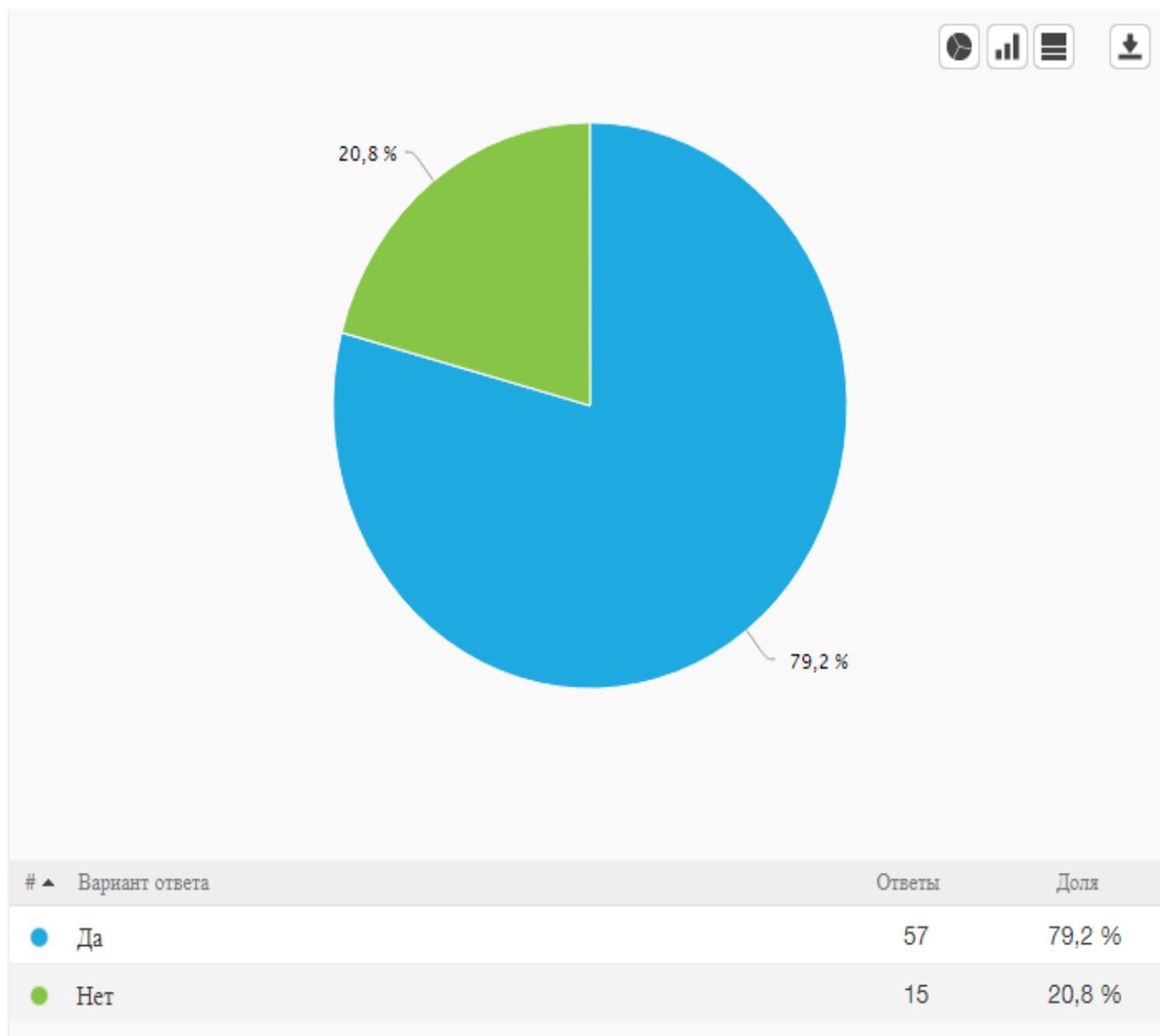


Рисунок 9. Наличие токсикоза с эксикозом у ребёнка

Вывод: У 79,2 % (57) детей респондентов наблюдались явления токсикоза и эксикоза.

На вопрос: «Причиной развития эксикоза у Вашего ребёнка являлась» были получены результаты (рис.10):

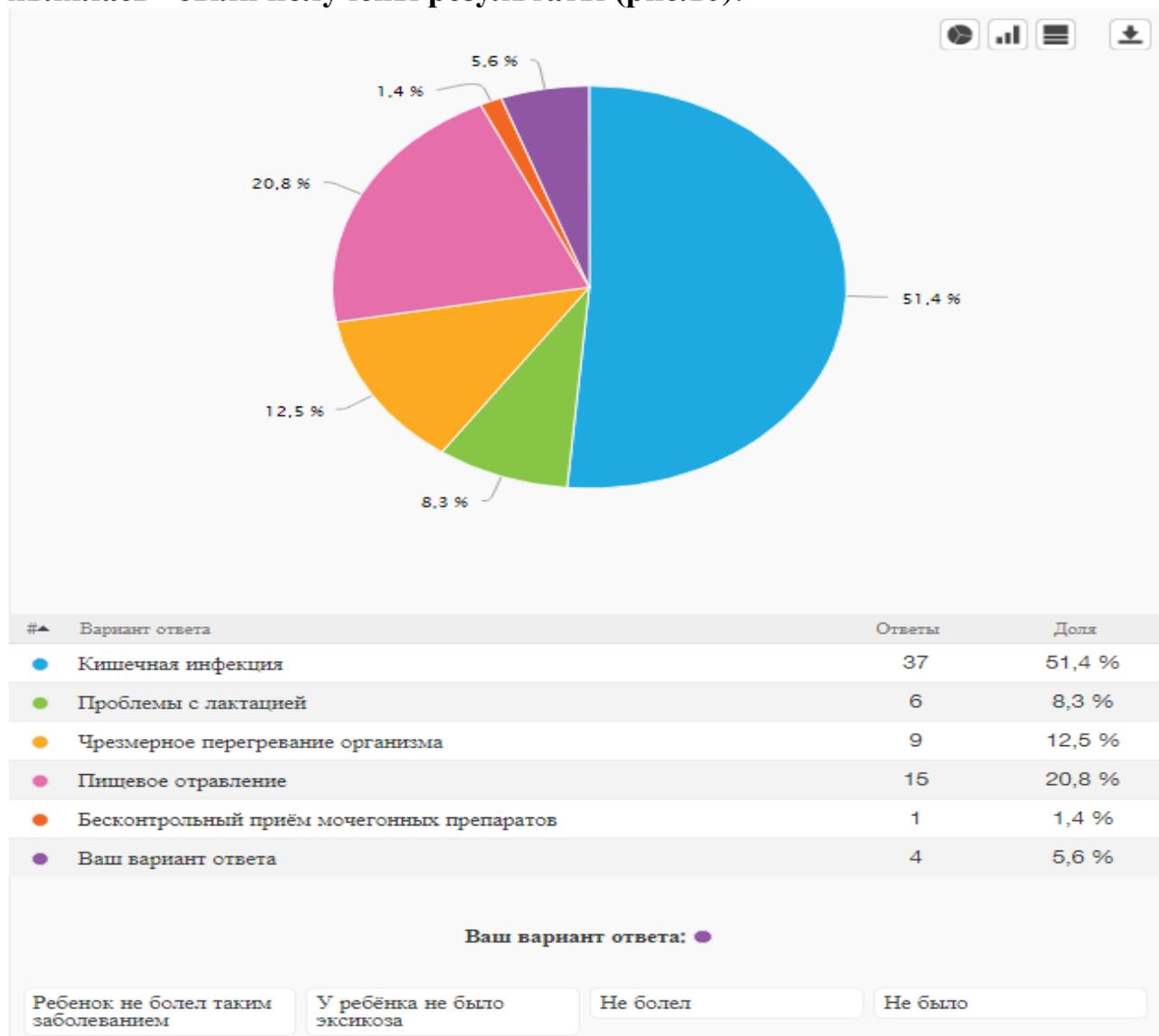


Рисунок 10. Причины развития эксикоза у ребёнка

Вывод: Исходя из данной диаграммы мы видим, что самой частой причиной развития эксикоза у детей является кишечная инфекция – 51,4% (37), на втором месте - пищевое отравление – 20,8% (15), на третьем – чрезмерное перегревание организма – 12,5% (9), значительно реже причиной развития эксикоза у детей участниц были проблемы с лактацией – 8,3%(6), 5,6%(4) выбрали свой вариант ответа: 1.Ребенок не болел таким заболеванием 2. У ребёнка не было эксикоза 3.Не болел 4.Не было. И лишь у одной респондентки причиной развития эксикоза у ребёнка являлся бесконтрольный приём мочегонных препаратов – 1,4% (1)

На вопрос: «При эксикозе, у Вашего ребёнка отмечалась потеря массы тела» были получены результаты (рис.11):

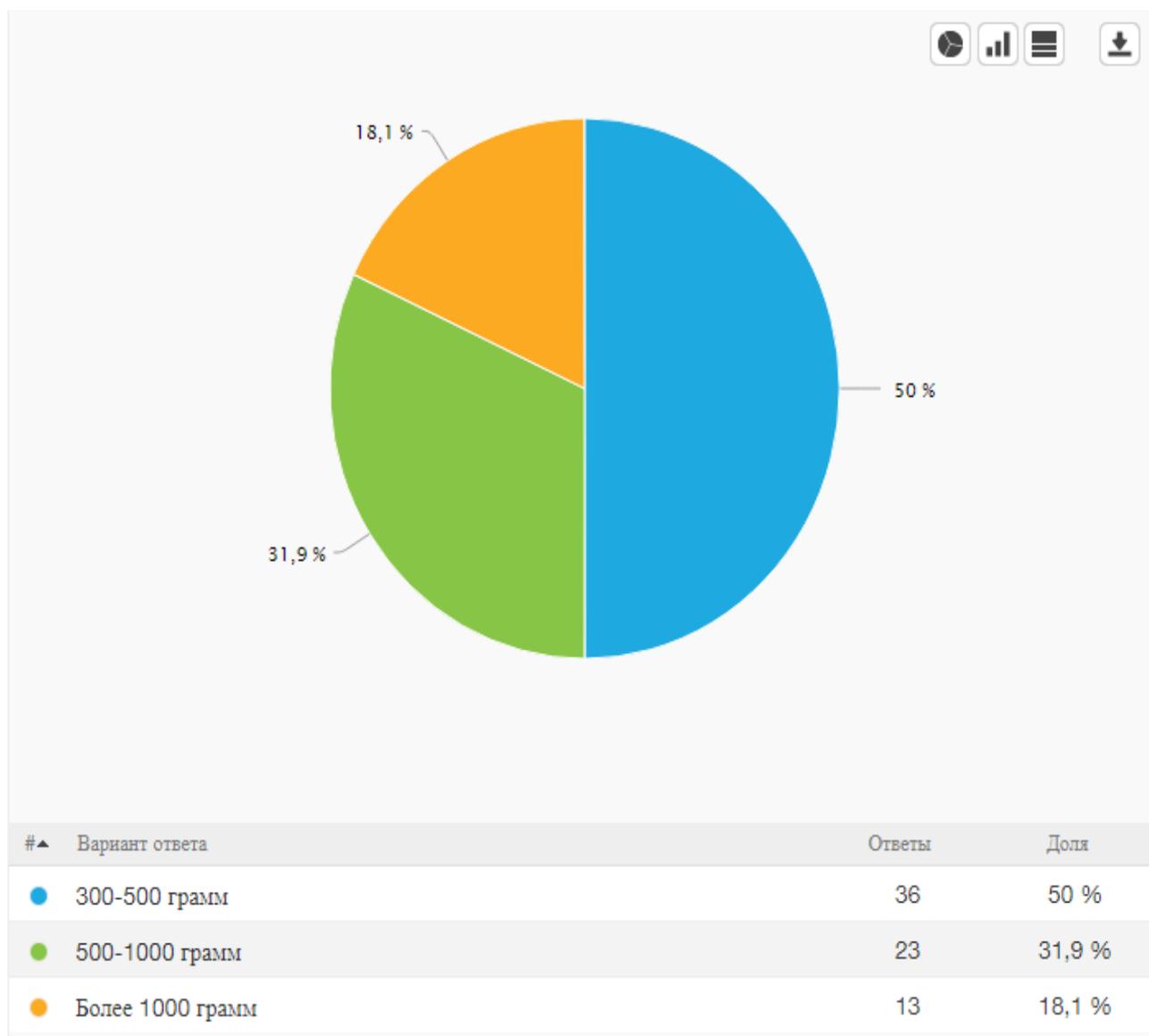


Рисунок 11. Потеря массы тела при эксикозе

Вывод: На вопрос № 11 респонденты ответили следующим образом: у 50% (36) детей отмечалась потеря массы тела 300-500 грамм, у 31,9%(23) – 500-1000 грамм, более 1000 грамм отметили наименьшее количество участниц – 18,1% (13)

На вопрос: «Каким был внешний вид Вашего ребёнка при эксикозе?»

были получены результаты (рис.12)

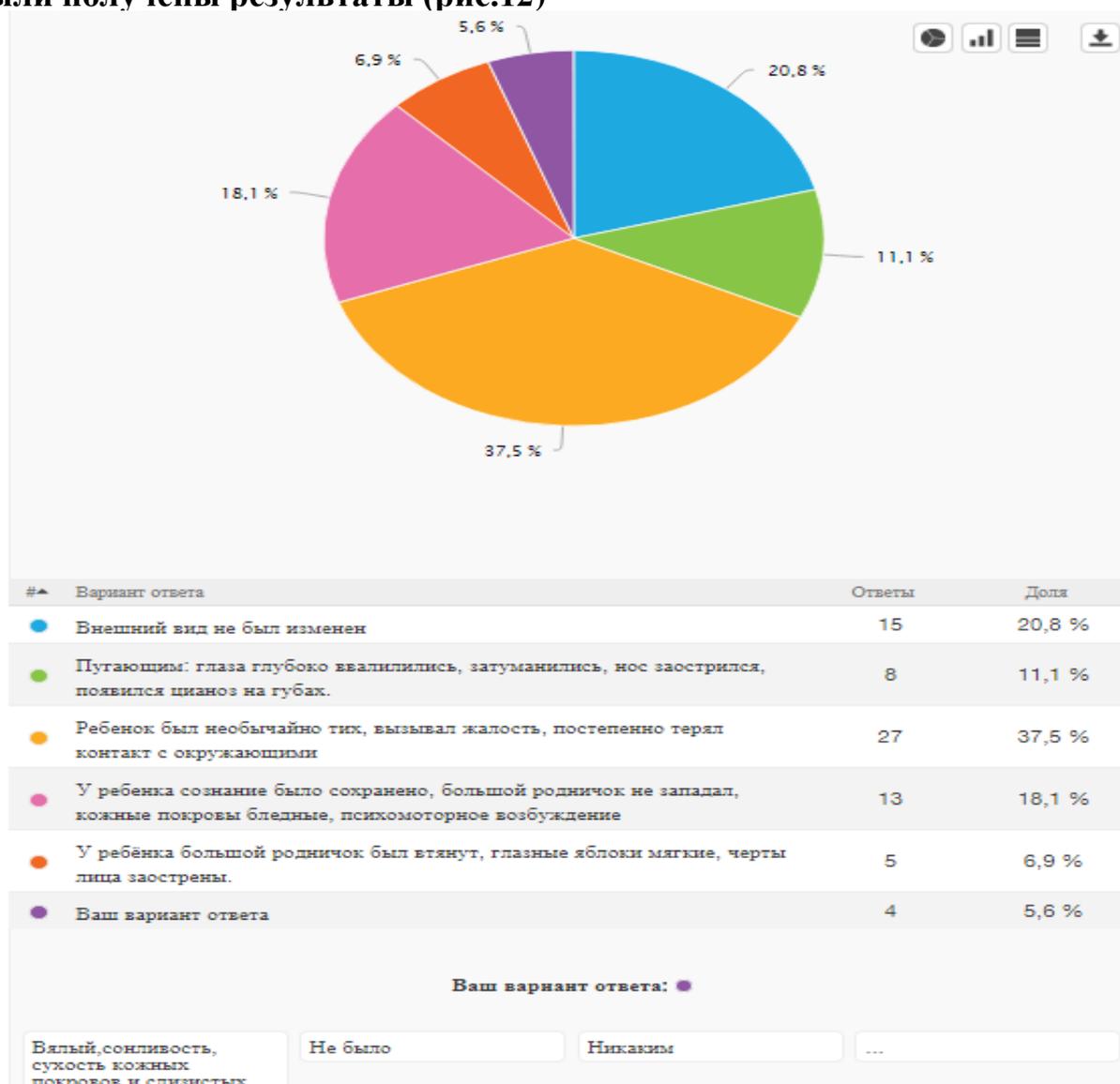


Рисунок 12. Внешний вид ребёнка при эксикозе

Вывод: Анализируя данную диаграмму, мы видим что, у 37,5% (27) респондентов ребенок был необычайно тих, вызывал жалость, постепенно терял контакт с окружающими, у 20,8% (15) внешний вид у ребёнка не был изменен, у 18,1% (13) детей сознание было сохранено, большой родничок не западал, кожные покровы были бледные, отмечалось психомоторное возбуждение, у 11,1% (8) внешний вид ребёнка был пугающим: глаза глубоко ввалились, затуманились, нос заострился, появился цианоз на губах, у 6,9% (5) у ребёнка большой родничок был втянут, глазные яблоки мягкие, черты лица заострены, 5,6% (4) выбрали свой вариант ответа.

На вопрос: «Когда началось лечение ребёнка?» были получены результаты (рис.13):

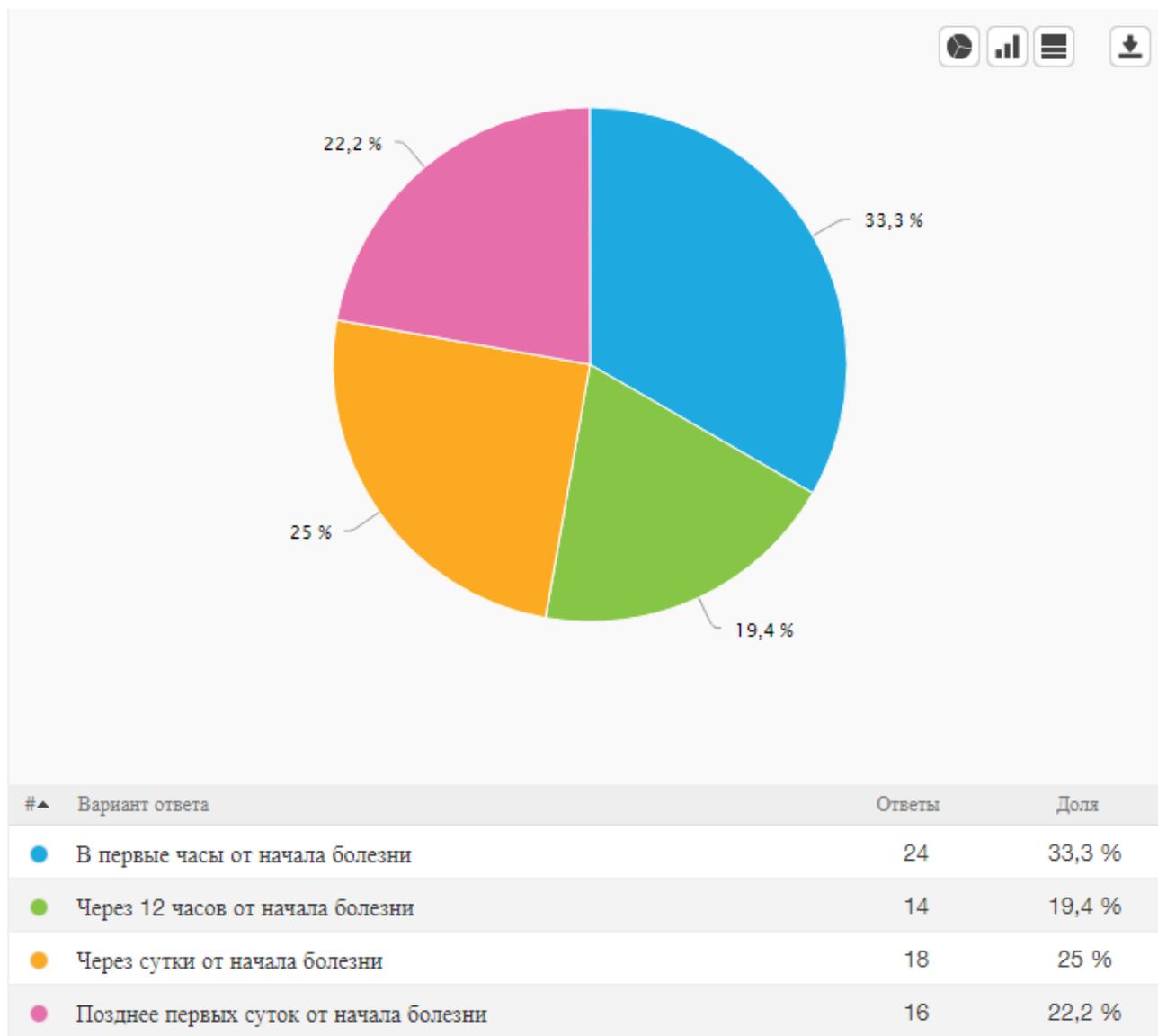


Рисунок 13. Время начала лечения ребёнка

Вывод: При ответе на вопрос № 13 большинство участниц сообщили, что начинали лечение ребёнка в первые часы от начала болезни – 33,3% (24), через сутки от начала болезни начинали лечение у 25% (18) детей, 22,2% (16) - позднее первых суток от начала болезни, 19,4% (14) - через 12 часов от начала болезни. Начало лечения при эксикозе и токсикозе должно начинаться максимально быстро, во избежание серьезных нарушений в состоянии ребенка.

На вопрос: «Где проводилось лечение ребёнка?» были получены результаты (рис.14):

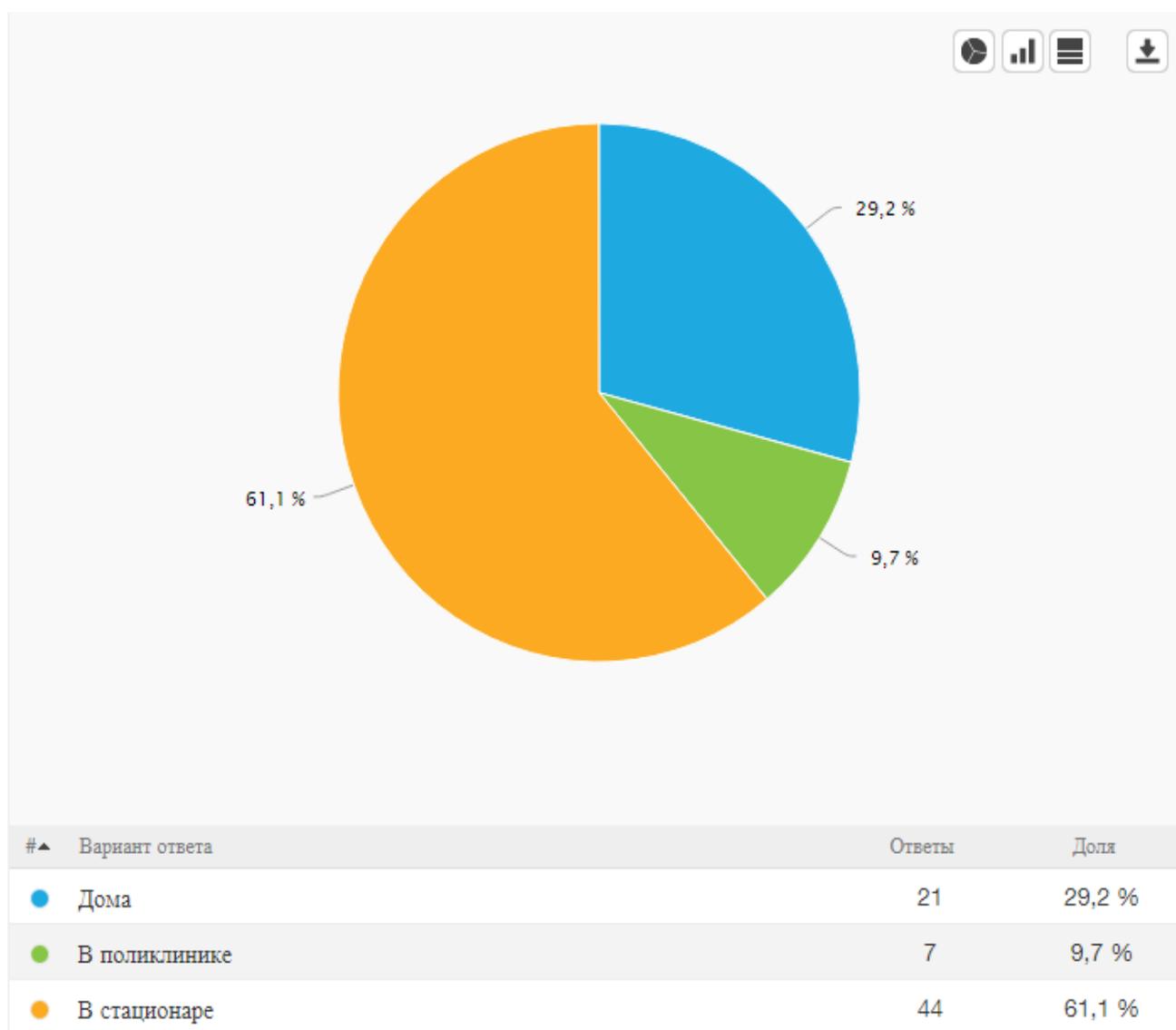


Рисунок 14. Место проведения лечения ребёнка

Вывод: Респонденты при ответе на вопрос № 14 указали, что в основном лечение ребёнка проводилось в стационаре – 61,1% (44), 29,2% (21) проводили лечение ребёнка дома, 9,7% (7) – в поликлинике.

На вопрос: «Какие растворы для восполнения жидкости Вы использовали?» были получены результаты (рис.15):

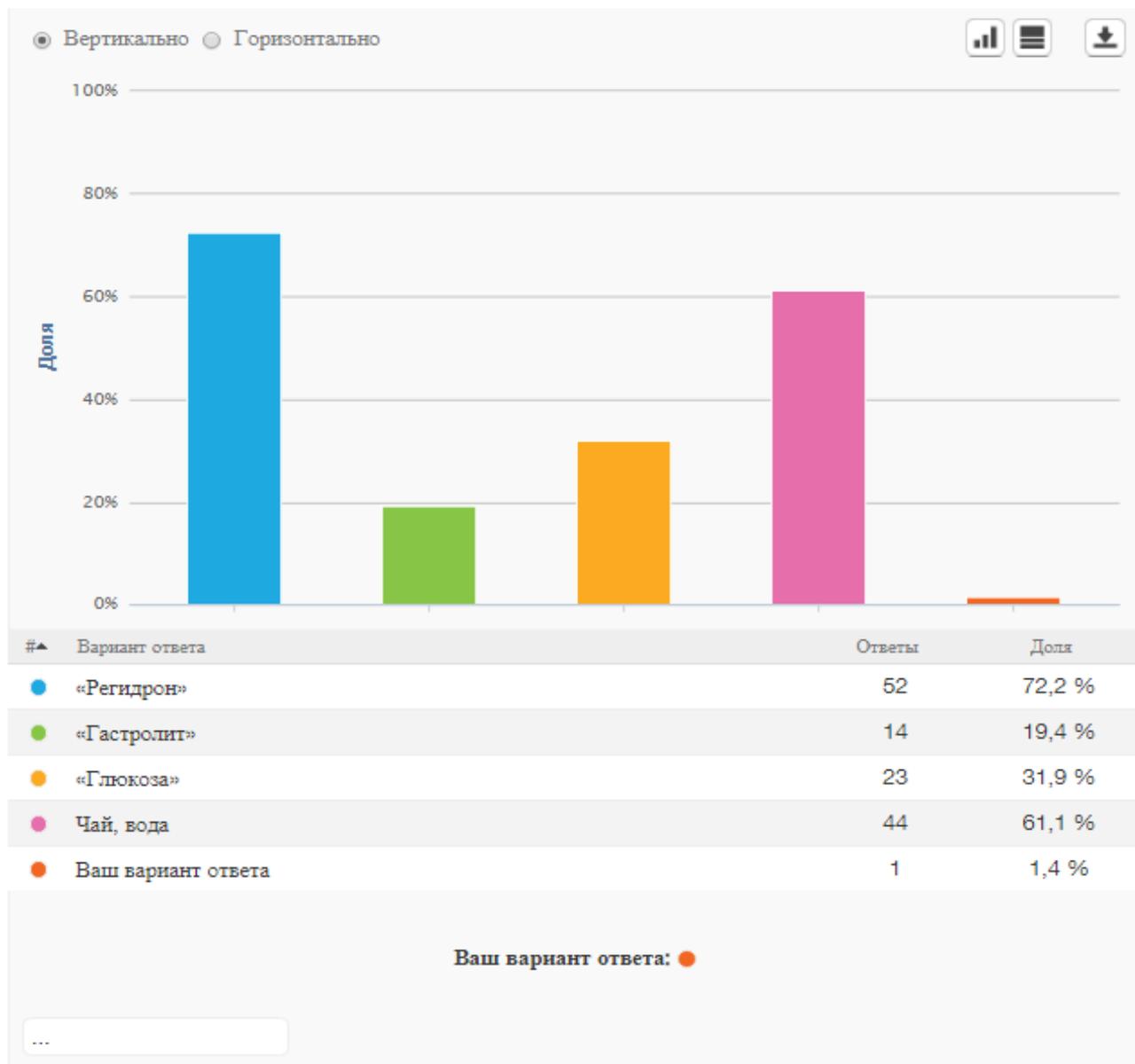


Рисунок 15. Растворы для восполнения жидкости

Вывод: На данной диаграмме мы видим, что для восполнения жидкости участницы наиболее часто использовали «Регидрон» - 72,2% (52), 61,1% (44) – чай и воду, 31,9% (23) – применяли «Глюкозу», 19,4% (14) – «Гастролит», 1,4% (1) выбрал свой вариант ответа.

На вопрос: «Помогали ли в стационаре медицинские сестры в уходе за Вашим ребёнком?» были получены результаты (рис.16):

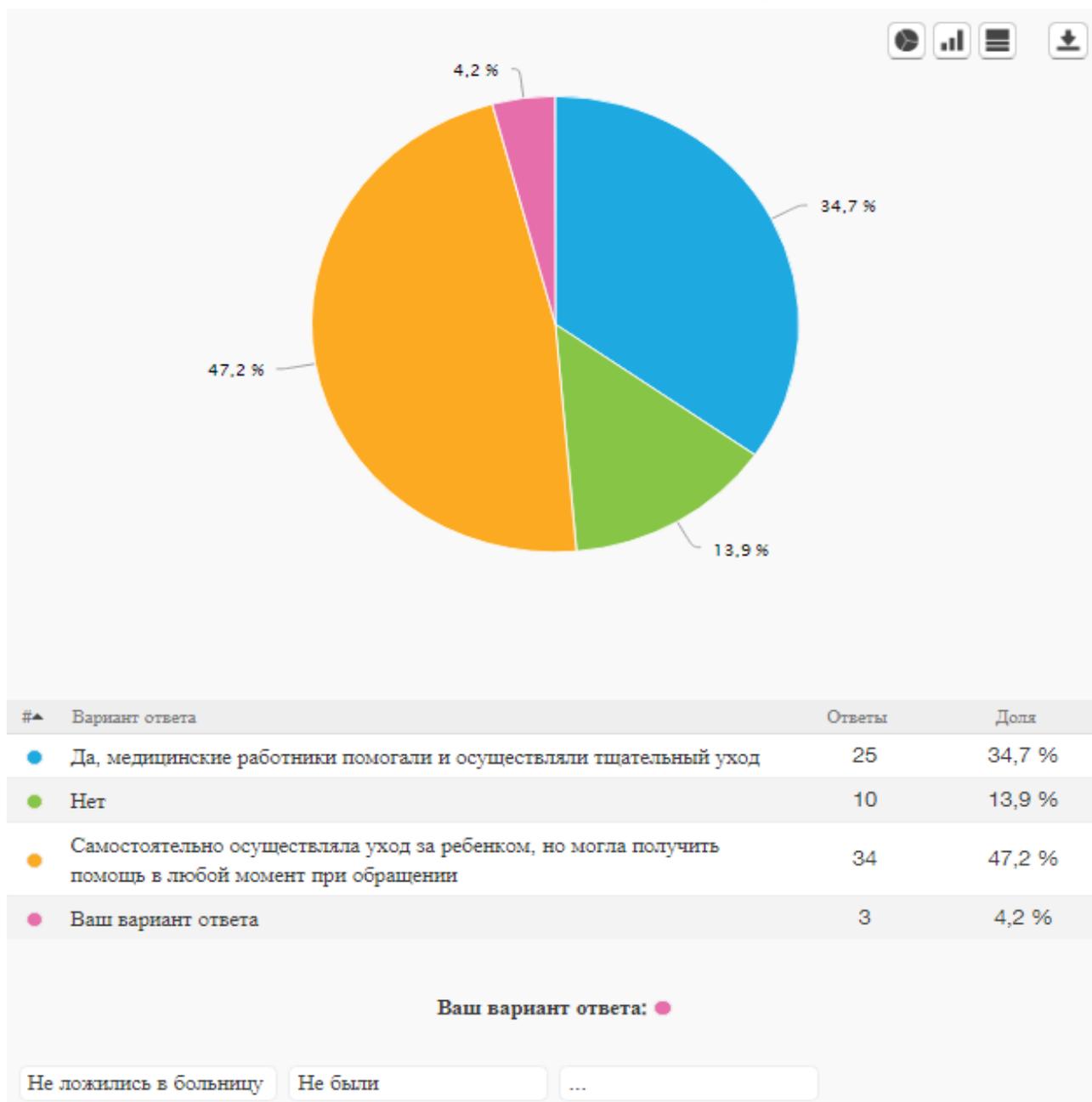


Рисунок 16. Наличие медицинской помощи при уходе за ребёнком

Вывод: 47,2% (34) опрошенных женщин самостоятельно осуществляли уход за ребёнком, но могли получить помощь в любой момент при обращении, 34,7% (25) – медицинские работники помогли и осуществляли тщательный уход за ребёнком, 13,9% (10) – не оказывалась помощь и тщательный уход за ребёнком, 4,2% (3) выбрали свой вариант ответа.

На вопрос: «Знаете ли Вы правила профилактики осложнений инфекционных заболеваний (от эксикоза и токсикоза)?» были получены результаты (рис.17):

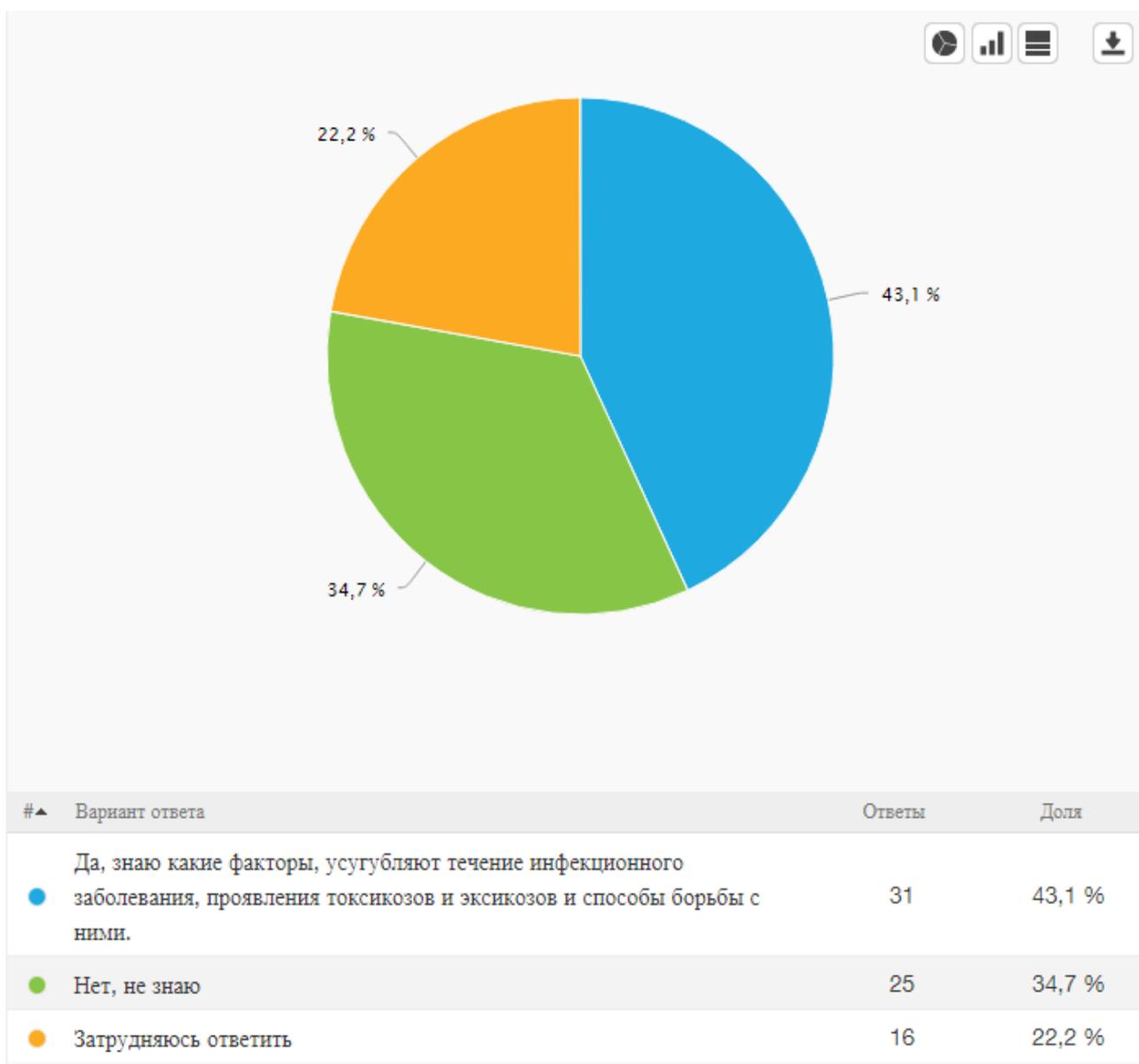


Рисунок 17. Знание правил профилактики осложнений инфекционных заболеваний (от эксикоза и токсикоза)

Вывод: О факторах усугубляющих течение инфекционного заболевания, проявления токсикозов и эксикозов и способы борьбы с ними знают 43,1% (31) участниц, 34,7% (25) не были осведомлены и хотели бы получить данную информацию, 22,2% (16) – данный вопрос при ответе вызвал затруднение.

На вопрос: «От кого Вы получили сведения о методах лечения и диеты при инфекционных заболеваниях, сопровождающихся токсикозом и эксикозом?» были получены результаты (рис.18):

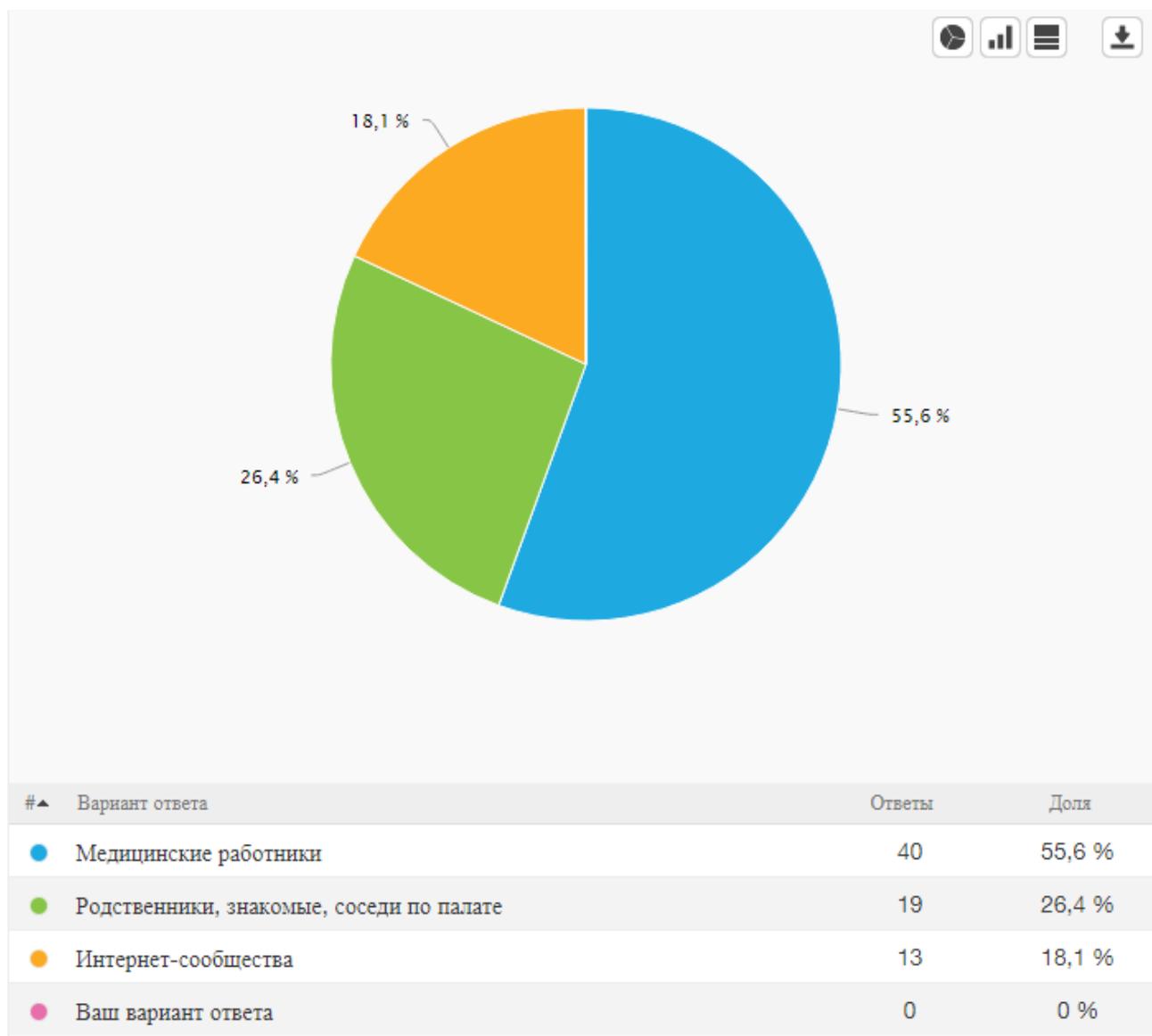


Рисунок 18. Сведения о методах лечения и диеты при инфекционных заболеваниях, сопровождающихся токсикозом и эксикозом

Вывод: Исходя из данной диаграммы мы видим, что большинство участниц получали сведения о методах лечения и диеты от медицинских работников – 55,6% (40), 26,4% (19) от родственников, знакомых, соседей по палате, 18,1% (13) из интернет – сообществ.

Вывод к исследовательской части:

Во второй главе приведены данные проведенного анкетирования среди родителей, у чьих детей отмечались осложнения инфекционных заболеваний (эксикоз и токсикоз). В опросе приняли участие **72** человека. Изучив приведённые данные можно сделать вывод, что у большинства респондентов возникают осложнения инфекционных заболеваний (эксикоз и токсикоз). Также подтверждены теоретические данные о причине возникновения эксикозов и токсикозов, такие как кишечные инфекции, пищевые отравления, чрезмерное перегревание организма, проблемы с лактацией, бесконтрольный приём мочегонных препаратов. По результатам выявленных проблемных моментов и с целью предоставления информационной помощи нами была создана памятка: «Правила проведения оральной регидратации» (приложение 23) для санитарно-просветительной работы.

Возраст детей среди участниц анкетирования не равномерен, наибольшее количество детей в возрасте 1-3 лет – 43,1% (31), на втором месте в возрасте 3-7 лет – 20,8% (15), на третьем 7-12 лет – 15,3% (11), на четвёртом в возрасте до одного года – 12,5% (9), на пятом 13-17 лет – 8,3% (6). Половой состав детей относительно равномерный.

У 86,1% (62) детей наблюдались инфекционные заболевания, сопровождающиеся рвотой, жидким стулом, тошнотой.

Наибольшее количество участниц считают, что эксикоз и токсикоз вызывают в основном кишечные инфекции – 90,3% (65). Респонденты считают, что наиболее часто токсикоз проявляется в виде рвоты и жидкого стула – 84,7% (61). Самым частым проявлением эксикоза респонденты считают потерю веса, жажду, снижение пото-, слюно- и мочеотделения – 81,9% (59). У 79,2 % (57) детей респондентов наблюдались токсикоз и эксикоз.

У 50% (36) детей отмечалась потеря массы тела 300-500 грамм, у 31,9% (23) – 500-1000 грамм, более 1000 грамм отметили наименьшее количество участниц – 18,1% (13)

У 37,5% (27) респондентов ребенок был необычайно тих, вызывал жалость, постепенно терял контакт с окружающими, у 20,8% (15) внешний вид ребёнка не был изменен, у 18,1% (13) детей сознание было сохранено, большой родничок не западал, кожные покровы были бледные, отмечалось психомоторное возбуждение, у 11,1% (8) внешний вид ребёнка был пугающим: глаза глубоко ввалились, затуманились, нос заострился, появился цианоз на губах, у 6,9% (5) у ребёнка большой родничок был втянут, глазные яблоки мягкие, черты лица заострены, 5,6% (4) выбрали свой вариант ответа.

Большинство участниц сообщили, что начинали лечение ребёнка в первые часы от начала болезни – 33,3%(24). У 61,1%(44) лечение ребёнка проводилось в стационаре. Для восполнения жидкости участницы наиболее часто использовали «Регидрон» - 72,2%(52). 47,2%(34) опрошенных женщин самостоятельно осуществляли уход за ребёнком, но могли получить помощь в любой момент при обращении. 43,1%(31) участниц знают о факторах, усугубляющих течение инфекционного заболевания, проявления токсикозов и эксикозов и способы борьбы с ними. Большинство респондентов получали сведения о методах лечения и диеты от медицинских работников – 55,6%(40), 26,4%(19) от родственников, знакомых, соседей по палате, 18,1%(13) из интернет – сообществ.

В результате анкетирования были выявлены проблемные моменты в знаниях матерей и способах и технике ликвидации эксикоза. Поэтому, для практического вклада в исследования нами была разработана памятка на тему «Правила проведения оральной регидратации», которая раздавалась матерям в ДИО и в кабинете инфекционных заболеваний в поликлинике во время прохождения производственной практики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острые инфекционные диареи по-прежнему занимают лидирующие позиции среди причин высокой детской заболеваемости во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно острые кишечные инфекции (ОКИ) становятся причиной смерти 1,9 млн детей, причем в 19% случаев это пациенты до 5 лет. В развитых странах показатели инцидентности и смертности в последние десятилетия стали не столь ужасающими, но ОКИ по-прежнему остаются важной причиной большого количества госпитализаций в педиатрии.

Острые кишечные инфекции у детей примерно в половине случаев протекают с явлениями токсикоза с эксикозом. Обезвоживание достоверно чаще развивается у детей 3-7 лет, но степень (выраженность) эксикоза мало зависит от возраста. Достоверно чаще его регистрируют в холодное время года (зима-весна). Основной этиологической причиной развития ОКИ, протекающих с клиникой обезвоживания, являются ротавирусы. Кишечный токсикоз с эксикозом ассоциирован с тяжестью заболевания.

На частоту развития обезвоживания влияет и уровень поражения ЖКТ. Эксикоз чаще регистрируют при поражении верхних отделов ЖКТ (гастриты, гастроэнтериты, гастроэнтероколиты). Ведущим симптомом острых диарей, протекающих с эксикозом, является рвота. А наличие этого синдрома рвоты увеличивает риск развития обезвоживания примерно в 3,5 раза

Тяжесть заболевания в большинстве случаев обусловлена развитием синдрома обезвоживания. Введение оральной регидратационной терапии для лечения обезвоживания стало критическим фактором снижения заболеваемости и смертности у детей при ОКИ, обозначив необходимость ранней диагностики и коррекции этого угрожающего жизни ребенка синдрома.

В нашей курсовой работе мы изучили этиологию эксикоза и токсикоза, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику, провели исследовательскую работу среди матерей, которые подтвердили наличие эксикоза и токсикоза при инфекционном заболевании.

Целью нашей курсовой работы мы ставили изучение и анализ причин эксикозов и токсикозов у детей, изучение и описание лечебных мероприятий и ухода при эксикозах и токсикозах у детей. В ходе написания курсовой работы были раскрыты задачи, приведённые далее. Был изучен современный теоретический материал по теме исследования. Проанализирован собранный теоретический материал. Изучены причины, факторы риска и распространённость эксикозов и токсикозов у детей.

Проведено анкетирование среди родителей детей, у которых наблюдался эксикоз и токсикоз при инфекционных заболеваниях. Проанализированы полученные результаты исследования. Сделаны общие выводы по курсовой работе в целом. Разработан материал для санитарно-просветительной работы с родителями в виде памятки на тему «Правила проведения оральной регидратации».

При написании курсовой работы была изучена специальная литература, включающая в себя статьи и современные учебники по педиатрии, были описаны теоретические аспекты и раскрыты ключевые понятия исследования, были сделаны выводы к теоретической части курсовой работы. Была изучена распространённость эксикозов и токсикозов у детей, а также было проведено анкетирование среди родителей детей, у которых наблюдался эксикоз и токсикоз при инфекционных заболеваниях.

В заключение еще раз хочется подчеркнуть, что эксикоз и токсикоз – опасное осложнение инфекционных заболеваний, которое требует своевременного и правильного начала лечения.

Считаем цели и задачи курсовой работы достигнутыми.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бережний В.В., Курило Л.В. Метаболическая коррекция токсикозов и эксикозов // Информационный лист — 2008. — № 12. — 4 с.
2. Кривоустов С.П. Инфекционная диарея: проблемно-ориентированный подход в педиатрии // Педиатрия . — 2016. — № 3(5) — С. 5-10.
3. Новокшенов А.А., Мазанкова Л.Н., Соколова Н.В. Патогенетическое обоснование оптимальной терапии острых кишечных инфекций у детей // Журнал детских инфекций. — 2012. — № 1. — С. 3238.
4. Папаян А.В., Цыбулькин Э.К. Острые токсикозы в раннем детском возрасте. — Л.: Медицина, 2009 — 232 с.
5. Петрушина А.Д., Мальченко Л.А., Крестина Л.Н. и др. Неотложные состояния у детей / Под ред. А.Д. Петрушиной. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. — 216 с
6. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М., Вольный И.Ф. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе / Под ред. Г.И. Белебезьева. — Львов: Медицина світу, 2004. — 186
7. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. — М.: ГЭОТАР-Медицина, 2014 — 809 с.
8. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Инфекционные токсикозы у детей. — М.: Изд-во РАМН, 2012. — 248 с.
9. Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Неотложные состояния в педиатрии: Практическое руководство. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2015. — 256 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Атрезия пищевода как одна из причин дегидратации у новорожденных детей

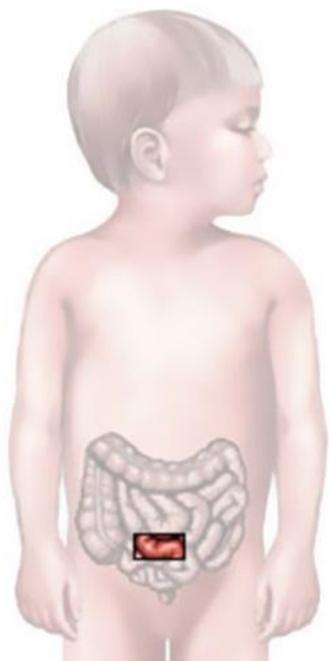


Пилоростеноз как одна из причин дегидратации у новорожденных детей



Инвагинация как одна из причин дегидратации у грудных детей

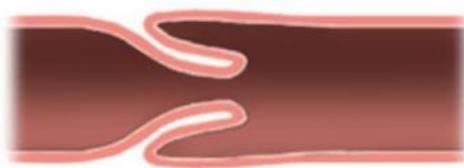
Кишечная инвагинация



Нормальный кишечник



Инвагинация

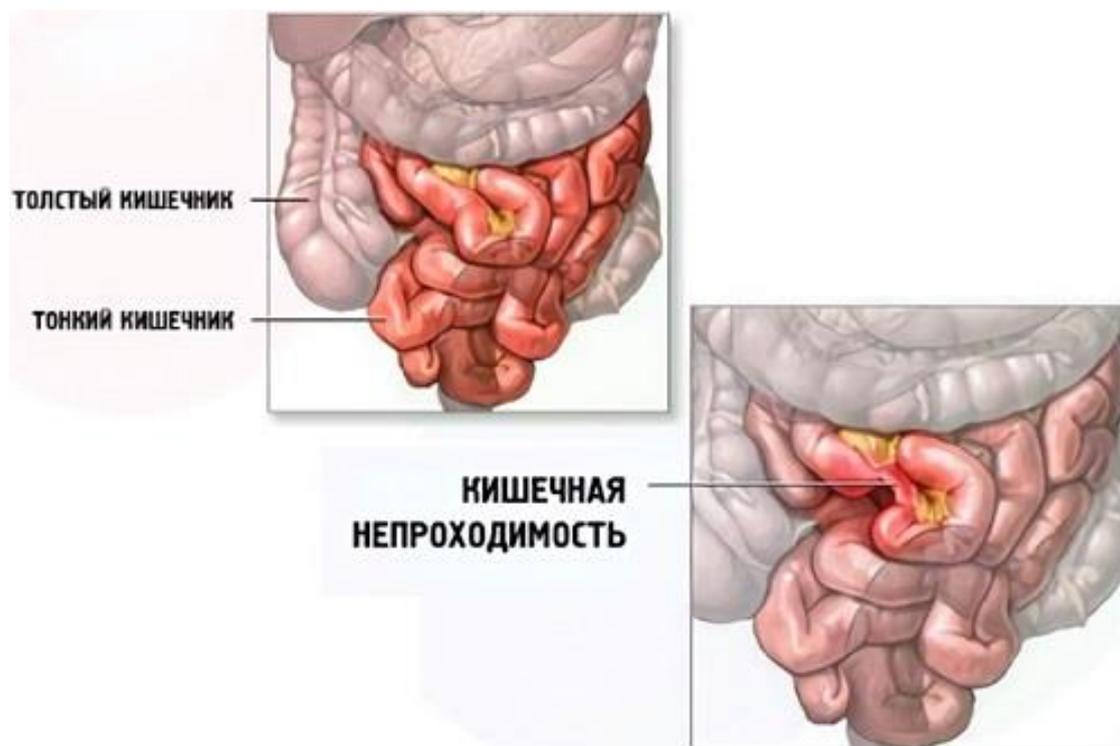


Тонкая кишка в разрезе

Врожденные пороки развития почек, протекающие с полиурией как одна из причин дегидратации у грудных детей



Кишечная непроходимость как одна из причин дегидратации у старших детей



Патогенез эксикоза и токсикоза



Внешний вид ребёнка при 1 степени эксикоза и токсикоза



Внешний вид ребёнка при 2 степени эксикоза и токсикоза



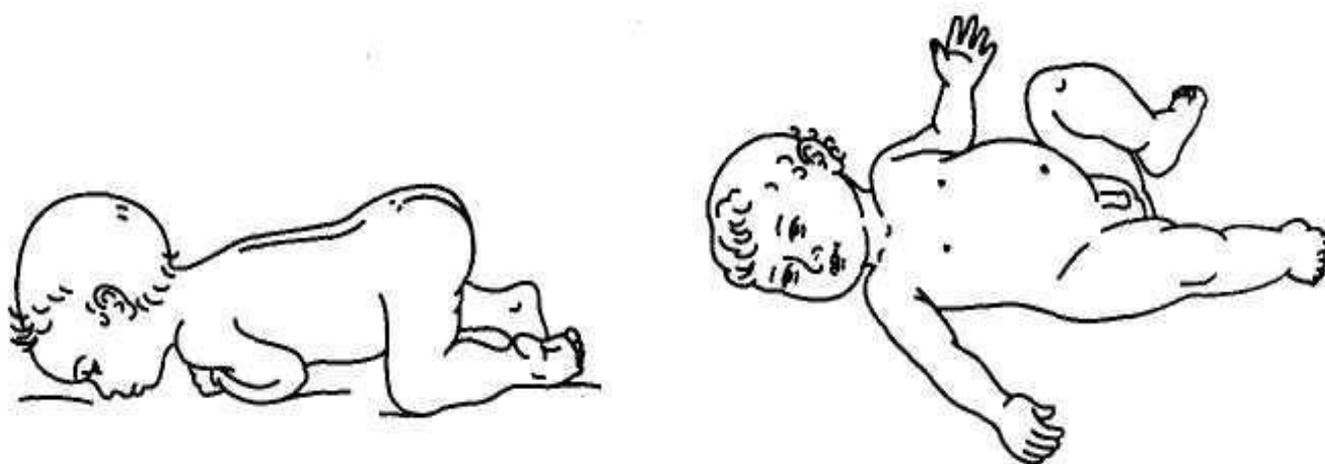
Внешний вид ребёнка при 3 степени эксикоза и токсикоза



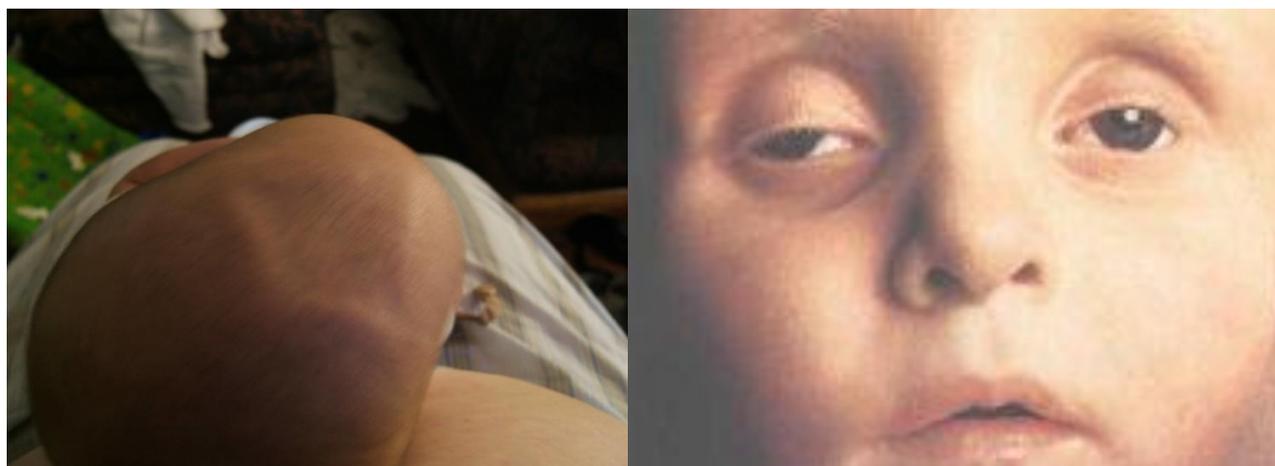
Пугающий внешний вид ребёнка при дегидратации



«Поза фехтовальщика» у ребёнка



Западение большого родничка и глазных яблок у ребёнка

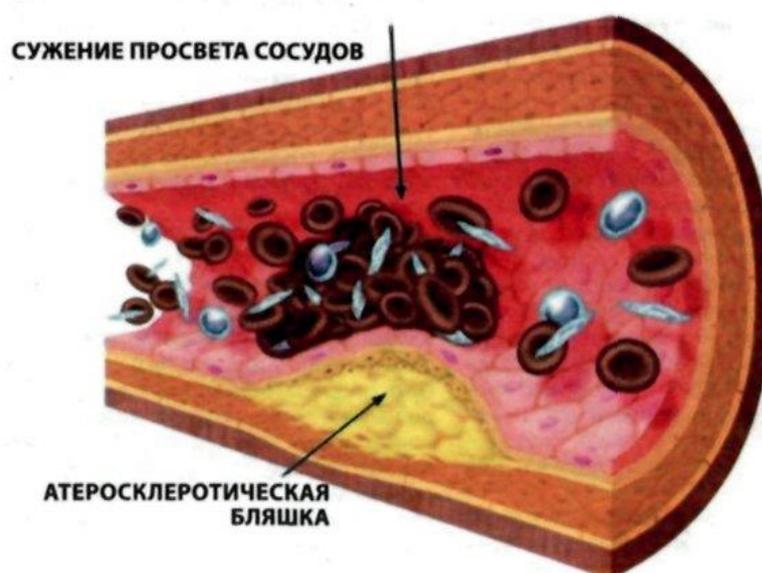


Измерение почасового, суточного диуреза, относительной плотности мочи как один из методов диагностики эксикоза и токсикоза

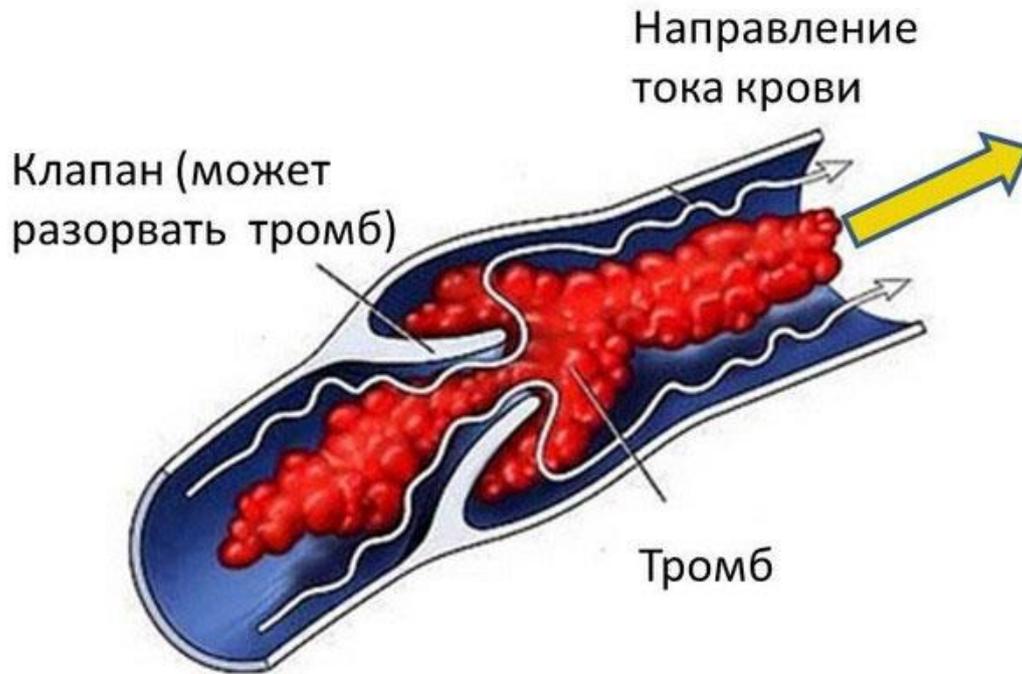
| Порция мочи № банки | Время (часов) | Количество мочи (мл) | Удельный вес | Диурез |
|----------------------------------|---------------|----------------------|--------------|-----------------------------|
| 1 | 9.00 | 100 | 1030 | Дневной диурез ДД=700 мл |
| 2 | 12.00 | 150 | 1020 | |
| 3 | 15.00 | 200 | 1016 | |
| 4 | 18.00 | 250 | 1020 | |
| 5 | 21.00 | 150 | 1018 | Ночной диурез НД=500 мл |
| 6 | 24.00 | 100 | 1016 | |
| 7 | 3.00 | 70 | 1020 | |
| 8 | 6.00 | 180 | 1028 | |
| Анализ мочи по Зимницкому | | | | Суточный диурез=1200 мл |



Атеросклероз как один из видов осложнений при эксикозе и токсикозе



Тромбообразование как один из видов осложнений при эксикозе и токсикозе



Глюкозо-солевые растворы для оральной регидратации



Препарат “Регидрон” как один из растворов для борьбы с обезвоживанием



Препарат «Оралит» как один из растворов для борьбы с обезвоживанием



Глюкозо-солевой раствор с экстрактом ромашки «Гастролит» как один из растворов для борьбы с обезвоживанием



Безлактозное молоко как одна из рекомендации из диетотерапии при эксикозе и токсикозе



Адаптированные смеси



Анкета для родителей

«Осложнения инфекционных заболеваний (эксикоз и токсикоз)».

1. Ваш возраст?

- А.Меньше 18
- Б.18-25
- В.26-35
- Г.Старше 35

2. Возраст вашего ребёнка?

- А.До года
- Б.1-3 года
- В.3-7 лет
- Г.7-12 лет
- Д.13-17 лет

3. Пол Вашего ребёнка?

- А.Мальчик
- Б.Девочка

4. Ваш ребёнок болел инфекционным заболеванием, сопровождающимся рвотой, жидким стулом, тошнотой ?

- А.Да
- Б.Нет
- В.Ваш вариант ответа

5. Часто Ваш ребёнок болеет инфекционными заболеваниями, сопровождающимся рвотой, жидким стулом, тошнотой?

- А.Нет, не болел
- Б.1 раз в год
- В.2-3 раза в год
- Г.Чаще трёх раз в год
- Д.Ваш вариант ответа

6. Какие заболевания, по Вашему мнению, могут вызвать эксикоз и токсикоз?

- А.Кишечные инфекции
- Б.Острые респираторные заболевания верхних и нижних дыхательных путей
- В.Сахарный диабет
- Г. Другие заболевания с нарушениями обмена веществ
- Д.Ваш вариан ответа

7. Как Вы считаете, чем проявляется токсикоз у детей?

- А.Слабость, вялость, нарушение аппетита
- Б. Головные боли и головокружения
- В. Повышение температуры тела
- Г. Рвота, жидкий стул

8. Как Вы считаете, чем проявляется эксикоз у детей?

- А. Потеря веса, жажда, снижение пото-, слюно- и мочеотделения
- Б. Жажда, сухая слизистая полости рта, языка, раздражительность
- В. судороги, бред, возбуждение, повышение артериального давления.
- Г. Ваш вариант ответа

9. Был ли у Вашего ребёнка токсикоз с эксикозом?

- А.Да
- Б.Нет

10. Причиной развития эксикоза у Вашего ребёнка являлась

- А. Кишечная инфекция
- Б. Проблемы с лактацией
- В. Чрезмерное перегревание организма
- Г. Пищевое отравление
- Д. Бесконтрольный приём мочегонных препаратов
- Е. Ваш вариант ответа

11. При эксикозе, у Вашего ребёнка отмечалась потеря массы тела

- А. 300-500 грамм
- Б. 500-1000 грамм
- В. Более 1000 грамм

12. Каким был внешний вид Вашего ребёнка при эксикозе?

- А. Внешний вид не был изменен
- Б. Пугающим: глаза глубоко ввалились, затуманились, нос заострился, появился цианоз на губах.
- В. Ребенок был необычайно тих, вызывал жалость, постепенно терял контакт с окружающими
- Г. У ребенка сознание было сохранено, большой родничок не западал, кожные покровы бледные, психомоторное возбуждение
- Д. У ребёнка большой родничок был втянут; глазные яблоки мягкие; черты лица заострены.
- Е. Ваш вариант ответа

13. Когда началось лечение ребёнка?

- А. В первые часы от начала болезни
- Б. Через 12 часов от начала болезни
- В. Через сутки от начала болезни
- Г. Позднее первых суток от начала болезни

14. Где проводилось лечение ребёнка?

- А. Дома
- Б. В поликлинике
- В. В стационаре

15. Какие растворы для восполнения жидкости Вы использовали?

- А. «Регидрон»
- Б. «Гастролит»
- В. «Глюкоза»
- Г. Чай, вода
- Д. Ваш вариант ответа

16. Помогали ли в стационаре медицинские сестры в уходе за Вашим ребёнком?

- А. Да, медицинские работники помогали и осуществляли тщательный уход
- Б. Нет
- В. Самостоятельно осуществляла уход за ребенком, но могла получить помощь в любой момент при обращении
- Г. Ваш вариант ответа

17. Знаете ли Вы правила профилактики осложнений инфекционных заболеваний (от эксикоза и токсикоза)?

- А. Да, знаю такие факторы, усугубляющие течение инфекционного заболевания, проявления токсикозов и эксикозов и способы борьбы с ними.
- Б. Нет, не знаю
- В. Затрудняюсь ответить

18. От кого Вы получили сведения о методах лечения и диеты при инфекционных заболеваниях, сопровождающихся токсикозом и эксикозом?

- А. Медицинские работники
- Б. Родственники, знакомые, соседи по палате
- В. Интернет-сообщества
- Г. Ваш вариант ответа

Памятка

«Правила проведения оральной регидратации»

Ваш ребёнок болен инфекционным заболеванием, сопровождающимся рвотой, жидким стулом, тошнотой? При развитии у него симптомов энтероколита необходимо знать правила проведения оральной регидратации.

- Оральная регидратация может проводиться в стационаре, начиная с приемного отделения, в поликлинике, а при соответствующих обстоятельствах даже на дому.
- Выпаивание может проводить медсестра или мать (после инструктажа).
- Рассчитанное врачом количество жидкости на 1 час наливают в специальную градуированную посуду и выпаивают ребенка по 1-2 чайной ложки или из пипетки каждые 5-10 минут, а при невозможности глотания – капляно через naso-гастральный зонд.



- В случае рвоты, после небольшой паузы (5-10 минут) оральное введение жидкости необходимо продолжать, так как с рвотой обычно теряется меньше воды и солей, чем вводится.
- Регидрант (или глюкозолан) необходимо сочетать с введением бессолевых растворов – сладкий чай, молочная вода, компот без сахара и др., а также с питанием ребенка.

- Во время проведения оральной регидратации проводится учет потеря жидкости со стулом, мочой и рвотными массами путем взвешивания сначала сухих, а затем использованных пеленок, а также – измерение температуры.



- Все данные заносится в лист пероральной регидратации, который ведется медсестрой или матерью ребенка, а затем вклеивается в историю болезни. Врач подсчитывает объем суточных потерь и количество полученной путем регидратации и питания жидкости за сутки.
- Эффективность пероральной регидратации оценивается по исчезновению и уменьшению симптомов обезвоживания, прекращению водянистой диареи, прибавке массы тела.

Осложнения оральной регидратации не возникают, если соблюдены все правила ее проведения (показания, дробность введения, количество). При неправильном проведении могут возникать:

- рвота – при слишком быстром отпавании большим количеством раствора (особенно через соску), в этом случае пероральную регидратацию на время прекращают;
- отеки – при избыточном введении раствора, неправильном соотношении солевых растворов и воды в зависимости от вида энтероколита.



Работу выполнила
студентка 602 группы МОС
Борисова Анастасия