

## Введение

Актуальностью данной темы курсовой работы является то, железодефицитные анемии (ЖДА) очень часто встречающееся заболевание, для которого характерно снижение содержания гемоглобина в эритроцитах вследствие дефицита железа в организме, что и проявляется гипохромией и тенденцией к микроцитозу.

Из всех видов анемий наиболее часто встречается железодефицитная анемия (ЖДА), которая является серьезной проблемой у детей первых 2 лет жизни. По оценке ВОЗ, частота ЖДА среди детей до четырехлетнего возраста во всем мире достигает 43%. В России по разным регионам среди детей от 4 до 12 мес. снижение уровня гемоглобина наблюдается в 20-45% случаев. Дети с анемией длительностью более 3 мес. имеют более низкие показатели физического и интеллектуального развития, чем дети с нормальным уровнем гемоглобина.

К развитию ЖДА в раннем детском возрасте могут привести и такие причины, как хронические микрокровопотери из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (например, при вскармливании смесями, изготовленными на коровьем молоке), снижение абсорбции железа вследствие воспалительных и иных заболеваний ЖКТ.

В последнее время стали обращать внимание на то, что дефицит железа увеличивает абсорбцию свинца в ЖКТ. Это особенно важно для детей, живущих в больших городах, вблизи магистральных дорог. К проявлениям сидеропении в таком случае может присоединиться (особенно у маленьких детей) свинцовая интоксикация, приводящая к тяжёлым психическим и неврологическим расстройствам, нарушениям функций почек и кроветворения. Анемия при этом становится рефрактерной к лечению препаратами железа.

Объект исследования: сестринский процесс.

Предмет исследования: сестринский процесс при ЖДА у детей раннего возраста.

Цель: изучить сестринский процесс.

Задачи исследования:

Изучить:

этиологию и предрасполагающие факторы ЖДА у детей раннего возраста;

медицинский сестра железодефицитный анемия

клиническую картину;

особенности диагностики;

методы обследований и подготовку к ним;

принципы лечения и профилактики ЖДА;

манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;

особенности сестринского процесса при ЖДА.

Проанализировать:

два случая, иллюстрирующие тактику медицинской сестры при осуществлении

сестринского процесса у пациентов с ЖДА у детей раннего возраста; основные результаты обследования и лечения описываемых больных в стационаре необходимые для заполнения листа сестринских вмешательств.

Практическое значение курсовой работы заключается в изучении возможных проблем пациента, которые имеют место при ЖДА детей раннего возраста, предопределение сестринских вмешательств независимо от них для осуществления сестринской помощи в полном объеме. Знания возможных потенциальных осложнений позволяет проводить оценку динамики состояния пациента для своевременного оказания неотложной доврачебной помощи.

#### Глава 1. Железодефицитная анемия

Анемия (от греч. an - отрицать и haema - кровь), малокровие, группа заболеваний, характеризующихся снижением содержания в эритроцитах гемоглобина (красящее вещество крови, переносящее кислород), количества эритроцитов в единице объёма крови человека. Анемии являются самостоятельным или сопутствующим симптомом многих заболеваний внутренних органов, инфекционных и онкологических болезней.

Анемии подразделяются на:

анемии вследствие кровопотери (постгеморрагические);

анемии вследствие нарушения кровообразования (В-12-дефицитные и железодефицитные);

анемии вследствие усиленного разрушения эритроцитов (гемолитические).

##### Острая постгеморрагическая анемия

Возникает в результате значительной кровопотери (ранения, травмы, операции).

Клинически такая анемия проявляется слабостью, бледностью кожных покровов, головокружениями, шумом в ушах, снижением АД, пульс становится частым, малым, мягким.

##### Хроническая постгеморрагическая анемия

Является следствием часто возникающих небольших кровотечений, причинами которых могут быть язвенная болезнь желудка, геморрой и пр. Анемия развивается медленно, больные жалуются на утомляемость, слабость, головокружение, отмечается бледность кожных покровов, снижение АД, снижение трудоспособности.

##### Гемолитическая

Характеризуется нарушением синтеза гемоглобина вследствие дефицита железа и проявляющийся анемией и сидеропенией.

##### Этиология и предрасполагающие факторы

Железодефицитная анемия - это широко распространенное патологическое состояние, характеризующееся снижением количества железа в организме (в крови, костном мозге). Причиной дефицита железа является нарушение баланса его в сторону преобладания расхода железа над поступлением, наблюдаемое при различных физиологических состояниях или заболеваниях.

Факторы риска:

Беременные женщины

Подростки

Люди, перенесшие операции на кишечнике

Доноры крови

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

Причинами ЖДА:

кровопотери различного генеза;

повышенная потребность в железе;

нарушение усвоения железа;

врожденный дефицит железа;

несбалансированное питание;

нарушение транспорта железа вследствие дефицита трансферрина.

Клиника

ЖДА является последней стадией дефицита железа в организме. Клинических признаков дефицита железа на начальных стадиях нет, и диагностика предклинических стадий железодефицитного состояния стала возможной лишь благодаря развитию методов лабораторной диагностики. Стадии железодефицитных состояний:

прелатентный дефицит железа - истощение депо. Основной формой депонирования железа является ферритин. Лабораторным признаком истощения запасов железа в организме является снижение уровня ферритина в сыворотке крови. Диагноз может быть установлен лишь на основании определения уровня сывороточного ферритина.

латентный дефицит железа - в организме более выражены изменения в лабораторных показателях. Регистрируются не только истощение запасов железа в депо, но и снижение содержания железа в сыворотке и белках-переносчиках.

железодефицитная анемия - железодефицитное состояние. Зависит от степени дефицита железа и скорости его развития и включает признаки анемии и тканевого дефицита железа. Железодефицитная анемия в своем течении проходит два периода: период скрытого дефицита железа.

период явной анемии.

Синдромы железодефицитных состояний:

Астеновегетативный синдром - следствие нарушения функций головного мозга.

Эпителиальный синдром - включает дистрофию и атрофию барьерных тканей (слизистых оболочек, кожи и её производных - ногтей, волос).

Иммунодефицитный синдром - проявляется частыми ОРВИ и острыми кишечными инфекциями.

Сердечно-сосудистый синдром - у детей развиваются повышенная утомляемость, низкое артериальное давление, тахикардия, снижение тонуса сердечной мышцы, приглушение тонов, функциональный, довольно грубый систолический шум, хорошо выслушиваемый на сосудах («шум волчка») и связанный с гидремией.

Гепатолиенальный синдром - возникает при тяжёлой анемии и сочетании рахита и анемии.

Ранняя анемия недоношенных

Ранняя анемия недоношенных имеет сложный патогенез и развивается на 1-2-ом месяце жизни более чем у половины недоношенных и изредка у доношенных детей

(«физиологическая» доброкачественная анемия), особенно при неблагоприятном преморбидном фоне. При объективном обследовании отмечают только бледность (при снижении концентрации гемоглобина до 80 г/л). При исследовании периферической крови обнаруживают нормо- или гиперхромную норморегенераторную анемию, часто достигающую тяжелой степени.

К группе риска относят детей, родившихся недоношенными или доношенными, но маловесными (например, при многоплодной беременности или задержке внутриутробного развития). При искусственном вскармливании таких детей следует использовать смеси, обогащенные железом (у доношенных детей -- начиная с 3 месяцев, у недоношенных -- с 2 месяцев).

К развитию ЖДА в раннем детском возрасте могут привести и такие причины, как хронические микрокровопотери из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (например, при вскармливании смесями, изготовленными на коровьем молоке), снижение абсорбции железа вследствие воспалительных и иных заболеваний ЖКТ.

#### Диагностика

Диагностике железодефицитной анемии является установление причины дефицита железа. При постановке диагноза железодефицитной анемии решающее значение имеют данные лабораторных исследований:

Общий анализ крови

Анализ крови на биохимию

Анализ на уровень железа в крови

Обнаруживается снижение концентрации гемоглобина. Количество эритроцитов вначале может быть нормальным. При значительном дефиците железа оно также снижается, но в меньшей степени, чем уровень гемоглобина. Отмечаются низкий цветовой показатель и уменьшение средней концентрации гемоглобина в эритроцитах. Уменьшаются размер эритроцитов и их насыщенность гемоглобином.

Лейкоцитарная формула мало изменена.

Инструментальные методы исследования:

рентгеноскопическое исследование ЖКТ;

ирригоскопия;

гастроскопия;

колоноскопия;

ректороманоскопия.

Методы обследования и подготовка к ним

Методы обследования разделяются на два типа:

Субъективные методы обследования:

характерные жалобы (снижение аппетита, повышенная утомляемость,

эмоциональная неустойчивость, потливость);

анамнез заболевания (динамика развития);

анамнез жизни (заболевший ребенок из группы риска).

Объективные методы исследования:

Осмотр: кожные покровы и видимые слизистые (конъюнктивы) бледные:

восковидный цвет ушных раковин; сухость и шелушение кожи; заеды в углах рта;

отставание в физическом и психомоторном развитии. При тяжелой анемии ломкость, сухость, тусклость и выпадение волос, слоистость и депигментация ногтей.

Сглаженность или атрофия сосочков языка. Тахикардия.

Результаты лабораторных методов диагностики (амбулаторная карта или история болезни).

Общий анализ крови: снижение уровня гемоглобина (менее 110 г/л у детей до 5 лет) и количества эритроцитов; эритроциты гипохромные (бедные гемоглобином), различной величины и формы: снижение цветового показателя (менее 0,8).

Биохимический анализ крови: уровни сывороточного железа и ферритина снижены, повышение железосвязывающей способности сыворотки крови.

Принципы лечения

Лечение заключается в обеспечении необходимым количеством железа для нормализации уровня гемоглобина и восполнения запасов железа. Длительность терапии от 3 до 6 мес.

Степени тяжести ЖДА:

легкая (снижение гемоглобина 110-90 г/л);

среднетяжелая (снижение гемоглобина до 70 г/л);

тяжелая (снижение гемоглобина ниже 70 г/л).

Медицинская сестра должна знать, что лечение детей с легким и среднетяжелым течением проводится в условиях «стационар на дому». Дети с тяжелым течением госпитализируются.

Медицинская сестра обязана соблюдать рекомендации и назначения, а также контролировать соблюдение рекомендаций лицами, обеспечивающих уход за ребенком за пределами медицинского учреждения.

Соблюдение и контроль за:

Лечение проводится только длительной медикаментозной терапией, путём приёма препаратов двухвалентного железа внутрь в умеренных дозах, причём существенный прирост гемоглобина, в отличие от улучшения самочувствия, будет не скорым -- через 4 - 6 недель.

Питание должно быть полноценным, соответствующим возрасту ребенка. Диета позволяет лишь «покрыть» физиологическую потребность организма в железе, но не устранить его дефицит.

Рациональный режим, сон и достаточное по времени пребывание ребенка на свежем воздухе.

Медикаментозная терапия: назначение препаратов железа для восполнения запасов и нормализации уровня гемоглобина. Современные многокомпонентные препараты железа для приема внутрь (капли, сироп, таблетки): Гемофер, Ферро-фольгамма, Актиферрин, Мальтофер, Мальтофер Фол, Феррум лек, тардиферон, феррокаль, Тотема, Ферроплекс, Ферретаб. Курс до нормализации уровня гемоглобина и переход на профилактическую дозу на 2-3 мес. для восстановления тканевых депо железа до нормализации сывороточного железа и ферритина.

Профилактика

Профилактика ЖДА прежде всего требуется беременным с высоким риском развития

данного заболевания. К ним относятся: женщины, ранее болевшие анемией; женщины с хроническими инфекционными заболеваниями или экстрагенитальной патологией; многорожавшие женщины; беременные с уровнем гемоглобина в I триместре менее 120 г/л; беременные с многоплодием; беременные с ранним токсикозом, преэклампсией; женщины, у которых в течение многих лет имели место длительные менструации.

Профилактика ЖДА беременных способствует созданию у новорожденных более высоких запасов железа, предотвращая развитие дефицита железа и анемии у грудных детей.

Следует отметить, что медикаментозная профилактика дефицита железа при беременности, применяемая в различных странах мира, отличается в зависимости от состава популяции. В развивающихся странах распространена рутинная профилактика. В индустриально развитых странах предпочтение отдается селективной профилактике (назначение препаратов железа беременным с установленным дефицитом железа по уровню сывороточного ферритина) в режиме малых доз.

Рутинная профилактика препаратами железа у беременных существует с 1968 г. Данные об ее эффективности противоречивы, однако в развивающихся странах применять ее необходимо, т.к. традиционная диета не обеспечивает женщин достаточным количеством железа, а некоторые инфекции увеличивают его потерю. В индустриально развитых странах женщины вступают в беременность с нормальными запасами железа, однако и там некоторые авторы склоняются к необходимости рутинной профилактики у всех беременных во II и III триместрах. До настоящего времени в разных регионах нет единого подхода к рутинной профилактике, и она продолжает претерпевать изменения по рекомендуемой дозе элементарного железа в сутки.

Глава 2. Особенности сестринского процесса при ЖДА у детей раннего возраста

Этапы:

Сестринское обследование пациента.

При расспросе пациента с анемиями медсестра выясняет все его жалобы.

Диагностирование или определение проблем пациента.

После оценки состояния пациента, медсестра выявляет проблемы пациента. При анемиях они могут быть следующими:

Снижение или отсутствие аппетита;

Головокружение;

Одышка, боли в области сердца;

Неустойчивый стул;

После оценки сестра решает вопрос об их приоритетности.

Планирование сестринских вмешательств.

Медсестре необходимо ознакомить пациента со своей оценкой его состояния и потребности в уходе.

Реализация плана сестринских вмешательств.

Сестринские вмешательства проводятся в сотрудничестве с другими медицинскими

работниками. В этот период надо координировать действия медсестры с действиями пациента, других медработников, родственников, учитывая их планы и возможности. Оценка сестринских вмешательств.

Оценка сестринских вмешательств проводится постоянно. Эффективность сестринского ухода определяется после достижения поставленных целей.

Медсестра в сестринской истории болезни фиксирует мнение пациента об оказанной ему помощи, выполнение плана по уходу, эффективность сестринских вмешательств, побочные действия и неожиданные результаты при выполнении сестринских вмешательств.

Успешное решение этих проблем возможно при условии четко организованной совместной деятельности врача, медсестры, пациента и его родственников.

Существенное значение в этом плане имеет сестринский уход, но главная роль принадлежит немедикаментозному (диетотерапия и др.) и медикаментозному лечению, назначенному врачом.

Медсестра сообщает больному о целесообразности, диагностической ценности и безопасности определенных лабораторных и инструментальных исследований и о подготовке к ним. Она информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, общих принципах его предупреждения и лечения, организации психологической, физической, социальной и экономической помощи больному со стороны родственников и мероприятиях по изменению привычного для него образа жизни.

Сестринский процесс - научный метод организации и оказания сестринской помощи за пациентами, исходя из определенной ситуации, в которой находится пациент и медицинская сестра.

Цель сестринского процесса - поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма.

Этапы сестринского процесса:

Сестринское обследование пациента.

При опросе пациента медсестра выясняет все его жалобы. При объективном обследовании оцениваются характер пульса, измеряется АД.

Определение проблем пациента.

После оценки состояния пациента, медсестра выявляет проблемы пациента. При ЖДА могут быть следующими:

Бледность кожных покровов.

Тахикардия.

Одышка.

Ощущение шума в ушах, головокружение, головная боль.

Быстрая утомляемость.

Общее состояние слабости, вялость.

Плохой аппетит.

Расстройства вкуса (например, ребёнок может есть мел).

Ломкость волос и ногтей.

Мышечная слабость.

Ухудшение внешнего вида кожи (например, шершавая поверхность кожных покровов).

Жёлтый оттенок кожи.

Уплотнение и увеличение печени и селезёнки.

Частые инфекционные заболевания.

Носовое кровотечение.

После оценки сестра решает вопрос об их приоритетности.

Планирование сестринских вмешательств.

Медсестре необходимо ознакомить пациента со своей оценкой его состояния и потребности в уходе, совместно с пациентом и его родственниками сформулировать цели и план сестринских вмешательств по приоритетной проблеме.

Реализация плана сестринских вмешательств.

Сестринские вмешательства проводятся в сотрудничестве с другими медицинскими работниками. В этот период надо координировать действия медсестры с действиями пациента, других медработников, родственников, учитывая их планы и возможности.

Сестринские вмешательства:

\* зависимые (выполняются по назначению врача): обеспечение приема лекарственных препаратов, выполнение инъекций и т.п.;

\* независимые (выполняются медсестрой без разрешения врача): рекомендации по диете, измерение АД, пульса, ЧДД, организация досуга пациента и другие;

\* взаимозависимые (выполняются медицинской бригадой): обеспечение консультации аллерголога, обеспечение проведения исследований.

Оценка эффективности сестринских вмешательств.

Оценка сестринских вмешательств проводится постоянно. Эффективность сестринского ухода определяется после достижения поставленных целей.

Если поставленные цели не достигнуты, медсестра корректирует план сестринских вмешательств: возможно запланированы не все вмешательства, которые помогли бы достичь цели, либо неправильно определена приоритетная проблема.

## 2.1 Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой

Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой:

Измерение АД и пульса.

Внутримышечная инъекция.

Взятие крови на общий анализ.

Взятие крови из вены на биохимический анализ.

Внутримышечная инъекция.

Оснащение: одноразовый шприц с иглой, дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 70оС спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), пинцет (в штанглазе с дезинфицирующим средством), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампула с лекарственным средством.

Действие

Обоснование

1.Подготовка к процедуре

Подготовить пациента к предстоящей процедуре

Соблюдение прав пациента

Вымыть, осушить руки

Соблюдение правил инфекционной безопасности

Проверить название, срок годности лекарственных средств

Избежать ошибочного введения лекарственного средства

Извлечь стерильный лоток из упаковки

Соблюдение правил асептики и антисептики

Приготовить 5-6 ватных шариков и стерильную салфетку

Соблюдение правил асептики и антисептики

2.Выполнение процедуры

Определить место предполагаемой инъекции, пропальпировать его

Для профилактики осложнений

Обработать место инъекции ватным шариком с антисептиком

Для обеспечения инфекционной безопасности пациента

Взять кожу и растянуть ее

Для соблюдения техники выполнения данной инъекции

Взять шприц ввести иглу в мышцу под углом  $90^\circ$  оставляя 2-3 мм иглы над кожей пальцем придерживая канюлю

Специфические требования к технике выполнения данной инъекции

Отпустить кожную складку и пальцами этой руки потянуть поршень на себя

Для исключения попадания иглы в сосуд

Приложить ватный шарик

Позволяет избежать попадания лекарственного средства под кожу

3.Окончание процедуры

Снять перчатки, вымыть, осушить руки

Соблюдение правил инфекционной безопасности

Взятие крови из вены на биохимический анализ:

Оснащение: стерильный лоток, чистый лоток для использования материала, стерильный пинцет, чистый (нестерильный) пинцет, стерильные ватные шарики (марлевые шарики), стерильные марлевые салфетки, пробирки, жгут, спирт 70 % или другой кожный антисептик, емкость с дезинфицирующим средством для замачивания отработанного материала.

Действие

Обоснование

1. Подготовка к процедуре

Подготовить пациента к предстоящей процедуре

Соблюдение прав пациента

Вымыть, осушить руки

Соблюдение правил инфекционной безопасности

Приготовить оснащение

Необходимое условие для выполнения процедуры

Извлечь стерильный лоток из упаковки

Соблюдение правил асептики и антисептики

Приготовить 5-6 ватных шариков и стерильную салфетку

Соблюдение правил асептики и антисептики

Подготовить пробирку для забора крови из вены

Необходимое условие для выполнения процедуры

## 2.Выполнение процедуры

Помочь пациенту занять удобное положение

Что бы пациент не испытывал дискомфорта во время процедуры

Под локоть положить подушечку

Достигается максимальное разгибание в локтевом суставе

Наложить жгут в средней трети плеча

Жгут накладывается для улучшения кровенаполнения вен

Попросить пациента «поработать кулачком»

Улучшение кровенаполнения вен,  
т. к. увеличивается приток артериальной крови

Надеть перчатки

Соблюдение правил инфекционной безопасности

Пропальпировать вену на локтевом сгибе

Необходимое условие для определения места инъекции

Дважды обработать внутреннюю поверхность локтевого сгиба

Удаления с поверхности кожи микроорганизмов и загрязнений

Фиксировать вену

Профилактика осложнений

Пункцировать вену, убедиться, что игла находится в вене

Профилактика осложнений

Продолжая медленно тянуть на себя поршень, набрать в шприц необходимое количество крови

Применение закрытых вакуумных пробирок, заметно убыстряет процесс сбора крови и снижает риск гемолиза

Развязать жгут, попросить пациента разжать кулачек

Восстановление венозного кровотока, уменьшение притока артериальной крови к конечности

Прижать к месту пункции ватный шарик, смоченный антисептиком, извлечь иглу и согнуть руку пациента в локтевом сгибе

Профилактика осложнений

3.0кончание процедуры

Снять перчатки, вымыть, осушить руки

Соблюдение правил инфекционной безопасности

Медсестра в сестринской истории болезни фиксирует мнение пациента об оказанной ему помощи, выполнение плана по уходу, эффективность сестринских вмешательств, побочные действия и неожиданные результаты при выполнении сестринских вмешательств.

Успешное решение этих проблем возможно при условии четко организованной совместной деятельности врача, медсестры, пациента и его родственников.

Существенное значение в этом плане имеет сестринский уход, но главная роль принадлежит немедикаментозному (диетотерапия и др.) и медикаментозному лечению, назначенному врачом.

Медсестра сообщает больному о целесообразности, диагностической ценности и безопасности определенных лабораторных и инструментальных исследований и о подготовке к ним. Она информирует пациента и членов его семьи о сути заболевания, общих принципах его предупреждения и лечения, организации психологической, физической, социальной и экономической помощи больному со стороны родственников и мероприятиях по изменению привычного для него образа жизни.

## 2.2 Наблюдение из практики №1

На стационарном лечении находится 12-месячный ребенок. Диагноз: анемия железодефицитная, рахит.

Ребенок быстро утомляется, не активен, аппетит плохой. Рацион питания ребенка однообразен - молочная пища; фрукты, овощи предпочитают ребенку не давать, т.к. боятся расстройства пищеварения.

Ребенок от 1-й беременности, 1-х родов, от молодых родителей. Отец с семьей не живет. Ребенок на улице бывает редко, т.к. находится на попечении бабушки. У мамы хронический тонзиллит, работает технологом.

Объективно: бледен, трещины в углах рта («заеды»). Голова немного увеличена с выпячиванием лобных бугров, большой родничок еще открыт на 2x2 см. На грудной клетке определяются четки. ЧДД 32 в минуту, пульс 120 уд./мин. Живот мягкий. Стул со склонностью к запорам.

Проблемы пациента:

- нарушение питания (снижение аппетита);

- нарушение целостности кожи (трещины в углах рта);
  - нарушение опорожнения кишечника (склонность к запорам).
- Приоритетная проблема: нарушение питания (аппетита).

Проблемы пациента

Цели ожидаемые результаты

Сестринские вмешательства

Оценка эффективности ухода

Кратность оценки

Оценочные критерии

Итоговая оценка

Нарушение питания (снижение аппетита)

масса тела пациента увеличится к моменту выписки, содержание гемоглобина в крови повысится.

1. Разнообразить меню пациента продуктами, содержащими железо.
2. Кормить пациента малыми порциями 5-6 раз в день.
3. Провести беседу с родственниками о необходимости полноценного питания ь пищей в тёплом виде.

Ежедневно.

Масса тела пациента к увеличилась, содержание гемоглобина в крови повысилось

Цель достигнута.

Нарушение опорожнения кишечника (запор).

У пациента будет стул не реже 1 раза в день

1. Обеспечить кисло-молочно-растительную диету (творог, кефир, овощной отвар, фруктовые соки и пюре)
2. Обеспечить массаж, гимнастику, воздушные ванны.
3. Обеспечить постановку очистительной клизмы, газоотводной трубки, по назначению врача.

Ежедневно.

У пациента стул нормализовался (1 раз в день).

Цель достигнута.

Раздражение кожного покрова, сопровождающееся зудом.

Отсутствие неприятных ощущений зуда и следов раздражения кожи.

1. обеспечит гигиену кожи пациента (обтирание, душ, ванна);
2. обеспечит протирание кожи пациента с раствором антисептиков по назначению врача;
3. обеспечит строгое соблюдение назначенной диеты;

Ежедневно.

кожный зуд значительно уменьшится

Цель достигнута.

### 2.3 Наблюдение из практики №2

Ребенок 6 мес. поступает на стационарное лечение в детское отделение с диагнозом: железодефицитная анемия, среднетяжелая форма; дистрофия по типу гипотрофии I ст.

Жалобы на беспокойный сон, стул со склонностью к запорам, дефицит массы тела, бледность кожи и слизистых.

Ребенок родился с массой 3200 г. С 1 мес. ребенок на вскармливании неадаптированными смесями, получает прикорм в виде каши 2-3 раза в день. Соки и фруктовое пюре употребляет в пищу нерегулярно.

Ребенок вял, капризен. Кожа и слизистые бледные. За кормление съедает 100 мл пищи. Имеет дефицит массы тела 16%, ЧДД 46 уд. в мин., пульс 140 уд. в минут.

Подкожно-жировой слой истончен на животе, груди, конечностях.

При исследовании крови: эр.  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Нв = 84 г/л, ц.п. - 0,65.

Проблемы пациента:

Настоящая - беспокойный сон, стул со склонностью к запорам, дефицит массы тела, бледность кожи и слизистых, аппетит.

Потенциальная - осложнения ЖДА.

Приоритетная проблема: незнание матери об особенностях питания ребенка.

Цель: мать будет свободно ориентироваться в вопросах вскармливания своего ребенка через 2-3 дня.

После определения нарушенных потребностей пациента и выявленных его проблем на втором этапе приступаем к осуществлению третьего этапа - планированию сестринских вмешательств - составляем план ухода.

Сестринские вмешательства

План

Мотивация

1

М/с организует правильное питание для ликвидации дефицита знаний матери об особенностях питания ребенка

ликвидации дефицита массы тела

2

М/с проведет беседу с матерью о правилах кормления:

ликвидации дефицита знаний матери об особенностях питания ребенка и ликвидации дефицита массы тела

3

М/с будет давать препараты железа, по назначению врача, во время еды

ликвидации дефицита железа и повышения уровня гемоглобина в крови

4

М/с будет следить за стулом

оценка усвоения железа

5

Прогулки не менее 4-6 часов на свежем воздухе

повышение аппетита

6

Проветривание палаты каждые 2-3 часа по 15-20 минут

повышения аппетита

Оценка: мать будет ориентироваться в вопросах вскармливания, отрегулирует питание своего малыша, сон ребенка нормализуется, аппетит к концу 1-й недели повысится. Цель достигнута.

Медицинская сестра разъяснит матери правила приема препаратов железа.

После составленного плана, определив объем сестринских вмешательств, переходим к реализации составленного плана:

\*зависимые - введение лекарственных препаратов.

\*независимые - измерение температуры тела, АД, ЧСС, ЧДД; гигиена больного; смена нательного и постельного белья.

Вывод

Проанализировав случаи заболевания ЖДА, можно сделать выводы: знание этиологии, клинической картины, особенностей диагностики, методов обследования и лечения заболевания, профилактики осложнений, а так же знание манипуляций поможет медицинской сестре осуществлять все этапы сестринского процесса.

Заключение

Железодефицитная анемия - малокровие обуславливается недостатком в организме железа и является одним из самых распространенных заболеваний. Железо входит в состав гемоглобина красных клеток крови - эритроцитов. Эритроциты здорового человека живут около 120 дней, затем они погибают. Железо выходит из погибающих эритроцитов и используется вновь для образования гемоглобина в новых эритроцитах. Основной причиной недостатка железа в организме являются кровопотери.

Недостаток железа у детей бывает чаще в том случае, когда ребенок родился раньше срока, из-за чего недополучил нужного количества железа из материнской крови. По той же причине с недостаточным запасом железа рождаются дети-двойняшки.

Дефицит железа наблюдается весьма нередко у девочек в период полового созревания, когда они быстро растут. Железодефицитная анемия особенно угрожает девочкам, которые, боясь пополнеть, мало едят и тем самым лишают свой организм железа, содержащегося в пищевых продуктах.

**РЕКОМЕНДАЦИИ:**

Периодическое наблюдение за картиной крови.

Употребление пищи с высоким содержанием железа (мясо, печень и др.).

Профилактический прием препаратов железа в группах риска.

Оперативная ликвидация источников кровопотерь.

Всем женщинам во второй половине беременности рекомендуется прием препаратов

железа в профилактических дозах.

Детям, находящимся на естественном вскармливании, необходимо своевременно вводить мясной прикорм (мясное пюре с 6-7 месяцев).

Детям, находящимся на искусственном вскармливании, с 2-3 месяцев нужно давать смеси, обогащенные железом (12 мг Fe/л).

Недоношенным, детям от многоплодной беременности, родившимся с крупной массой тела, быстрорастущим - рекомендуется прием препаратов железа с 3-го месяца до конца первого полугодия.

Список литературы

Анемии у детей: диагностика и лечение. Практическое пособие для врачей /Под ред. А. Г. Румянцева, Ю. Н. Токарева. М.: МАКСПресс, 2000.

Калиничева В. Н. Анемии у детей. М.: Медицина, 1983.

Коровина Н. А., Заплатников А. Л., Захарова И. Н. Железодефицитные анемии у детей. М., 1999.

Дворецкий Л. И. Железодефицитные анемии. Москва, «Ньюдиамед», 1998.

Лекция - конспект.

«Педиатрия» Н.В.Ежова, Е.М. Русакова, Г.И.Кошечева.

Мн.: Высшая школа, 2002г

СД в педиатрии» В. Д. Тульчинская 2001г

«Сестринское дело» Т.С.Щербакова. 2005г

Учебное пособие «Сестринское дело» И.В. Яромич.

Приложение № 1

Лабораторные критерии железодефицитных состояний у детей

Показатель

Норма

Латентный дефицит

Железодефицитная анемия

Гемоглобин, г/л

до 6 лет  
старше 6 лет

>110  
>120

>110  
>120

<110  
<120

Цветовой показатель, ‰

0,86-1,05

0,86-1,05

<0,86

Железо сыворотки (ЖС), мкмоль/л

10,6-33,6

<14

<14

Среднее содержание гемоглобина в эритроците, пг

24-33

24-33

<30

Средняя концентрация гемоглобина в эритроците, %

30-38

30-38

<30

Общая железосвязывающая способность  
сыворотки (ОЖСС), мкмоль/л

40,6-62,5

<63

<63

Латентная железосвязывающая способность сыворотки, мкмоль/л

>47

>47

>47

Коэффициент насыщения трансферрина  
железом (ЖС/ОЖСС), %

>17

>17

>17

Ферритин сыворотки, мкг/л

>12

>12

>12

Десфераловая сидероурия\*, мг/сут

0,65+0,006

<0,4

<0,4

\* Определяют содержание в суточной моче десферриоксиамина (десферала), введённого внутримышечно из расчёта 10 мг/кг.

Приложение №2

Расчет дозировки железа при проведении профилактики и при лечении ЖДА у детей

Профилактика

Для детей с массой тела при рождении менее 1000 г

4 мг Fe /кг/день

Для детей с массой тела при рождении от 1000 до 1500 г

3 мг Fe /кг/день

Для детей с массой тела при рождении от 1500 до 3000 г

2 мг Fe /кг/день

Лечение

Для всех детей

5 мг Fe/кг/день

Приложение №3

## СОДЕРЖАНИЕ ЖЕЛЕЗА В ПРОДУКТАХ ЖИВОТНОГО И РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Содержание железа в продуктах животного происхождения

Содержание железа в продуктах растительного происхождения

Продукты

Суммарное содержание железа, мг/100г

Продукты

Суммарное содержание железа, мг/100г

Печень

6,9

Морская капуста

16

Язык говяжий

4,1

Шиповник свежий

1,3

Мясо кролика

3,3

Гречка ядрица

6,7

Мясо индейки

1,4

Курага

3,2

Мясо курицы

1,6

Чернослив

3,0

Говядина

2,7

Геркулес

3,6

Конина

3,1

Горох, зерно

9,7

Скумбрия

1,7

Яблоко свежее

2,2

Сазан

0,6

Гранаты

1,0