

Заболевания органов пищеварения  
у детей старшего возраста.

Хронический гастрит,  
гастродуоденит.

# План изложения материала

1. Хронический гастрит, гастродуоденит.  
Определение. Уровень заболеваемости. Причины и факторы риска. Профилактика заболеваний.
2. Механизм патологического процесса.
3. Клинические проявления, осложнения.  
Современные виды диагностики. Принципы лечения и сестринского ухода за больными.  
Сестринский процесс при хроническом гастрите, гастродуодените. Диспансерное наблюдение в условиях детской поликлиники.

2. ДЖВП. Определение. Уровень заболеваемости. Причины и факторы риска. Профилактика заболеваний. Механизм патологического процесса. Виды дискинезий. Клинические проявления, осложнения. Современные методы диагностики. Принципы лечения и сестринского ухода за больными. Сестринский процесс при ДЖВП. Диспансерное наблюдение в условиях детской поликлиники.

3. Энтеробиоз. Определение. Этиология и факторы риска. Клинические проявления, осложнения. Диагностика. Принципы лечения и сестринского ухода за больными.
4. Аскаридоз. Определение. Этиология и факторы риска. Клинические проявления, осложнения. Диагностика. Принципы лечения и сестринского ухода за больными.
5. Профилактика гельминтозов у детей.
6. Сестринский процесс при гельминтозах.

# Цель занятия

- Сформировать у студентов знания особенностей клиники, вариантов течения заболеваний, принципов организации сестринского процесса при уходе за пациентами детского возраста, мероприятий по профилактике изучаемых заболеваний.

# После изучения темы студент

должен:

## Представлять и понимать:

1. Механизмы развития патологического процесса при изучаемых заболеваниях.
2. Роль медицинской сестры в подготовке пациента к инструментальным методам исследования пищеварительной системы, в диагностике заболеваний и организации сестринского процесса при уходе за пациентами.
3. Роль медицинской сестры в профилактике заболеваний и проведении диспансерного наблюдения за пациентами с хроническим гастритом и гастродуоденитом.

# Знать:

1. Факторы риска и причины развития изучаемых заболеваний.
2. Основные клинические проявления, проблемы пациентов, осложнения, методы диагностики.
3. Принципы лечения и организации сестринского процесса при уходе за пациентами.
4. Принципы диспансерного наблюдения за пациентами с хронической патологией органов пищеварения.
5. Профилактику заболеваний.

# Хронический гастрит –

заболевание, обусловленное хроническим воспалением слизистой оболочки желудка, с постепенным развитием атрофии желудочных желёз, что приводит к снижению секреторной, моторной и эвакуаторной функции желудка.



# ЭТИОЛОГИЯ

В возникновении хронического гастрита играют роль два причинных фактора:

- наличие бактериальной флоры (*Helicobacter pylori*);
- образование аутоантител к клеткам слизистой оболочки желудка.

## Факторы риска развития заболевания:

- генетическая предрасположенность к повышенной секреторной функции желудка;
- длительные нарушения питания: злоупотребление грубой, трудно перевариваемой пищей, обильной, плохо пережёванной пищей (еда на ходу), чрезмерно горячей или холодной пищей, специями, еда всухомятку;
- нарушение режима питания;

- наличие в продуктах некоторых синтетических пищевых добавок;
- повышенная ранимость слизистой оболочки;
- необоснованно длительный приём лекарственных препаратов через рот;
- отрицательные эмоции, стрессовые ситуации.

# Механизм патологического процесса

Повреждение эпителия слизистой оболочки желудка вследствие воздействия на него предрасполагающих факторов, образование аутоантител и инфицирование *Helicobacter pylori* → развитие воспалительного процесса и снижение защитного барьера слизистой, → нарушается регенерация эпителия, развивается и нарастает дистрофия → развитие отёка, клеточная инфильтрация и склерозирование, нарушается структура обкладочных и главных клеток железистого аппарата желудка, появляются секреторные расстройства, нарушение кислотности желудочного сока и моторно-эвакуаторной функции. Вследствие нарушения моторно-эвакуаторной происходит заброс кислого содержимого желудка в 12-перстную кишку, присоединяется воспаление слизистой 12-перстной кишки (дуоденит).

# Профилактика

## Первичная профилактика:

- своевременное выявление и лечение других заболеваний органов пищеварения (глистные инвазии, ДЖВП, кишечные инфекции и т.д.)
- соблюдение принципов рационального питания;
- санация очагов хронической инфекции;
- оберегать ребёнка от физических и эмоциональных перегрузок.

## Вторичная профилактика:

- диспансерное наблюдение;
- проведение противорецидивного лечения;
- санация очагов хронической инфекции.

# Основные клинические проявления хронического гастрита

Характеристика признаков	С пониженной секреторной функцией	С повышенной и с сохранённой секреторной функцией.
<u>Болевой синдром:</u> боли в эпигастральной области	Тупые, разлитого характера, появляются сразу после еды или в течение 10-15 минут после еды, усиливаются при ходьбе, беге, в положении стоя, чувство тяжести и распирания в эпигастрии.	Острые, приступообразные через 1,5-3 часа после еды, уменьшаются после приёма пищи; могут быть «натошковые», «голодные» боли.

<b>Диспепсический синдром: Аппетит</b>	<b>Снижен</b>	<b>Повышен</b>
<b>Отношение к пище</b>	<b>Отвращение к кашам и молоку</b>	<b>Отрицательная реакция на жареную и копчёную пищу</b>
<b>Тошнота, рвота</b>	<b>Тошнота после приёма пищи, иногда рвота пищей, съеденной накануне, приносящая облегчение</b>	<b>Тошнота и рвота кислым</b>
<b>Отрыжка</b>	<b>Воздухом, съеденной пищей, «тухлым», горьким</b>	<b>Кислым</b>
<b>Изжога</b>	<b>Не характерна</b>	<b>Мучительная, стойкая через 1,5-3 часа после еды</b>



<b>Другие признаки</b>	<b>Неприятный вкус во рту, обложенность языка, метеоризм</b>	<b>Желудочный дискомфорт, урчание в животе, метеоризм</b>
<b>Характер стула</b>	<b>Неустойчивый (поносы)</b>	<b>Запоры</b>
<b>Изменение общего состояния, других органов</b>	<b>Слабость, вялость, раздражительность, похудание, астения, В-12-дефицитная анемия, полигиповитаминозы</b>	<b>Слабость, вялость, раздражительность, похудание, астения, В-12-дефицитная анемия, полигиповитаминозы</b>

# Осложнения:

- гастродуоденит – развитие воспалительно-дистрофического процесса одновременно в слизистой оболочке желудка и 12-перстной кишки. Появляются симптомы:
    - дуоденальной интоксикации (быстрая утомляемость, головная боль, головокружение, расстройство сна, адинамия, раздражительность, нарушение аппетита, снижение массы тела);
    - болевой синдром;
    - диспепсические расстройства.
- Заболевание протекает циклично, с периодами обострения и ремиссии;
- язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.

# Методы диагностики

- ФГДС (воспалительно-дистрофические изменения, наличие эрозий);
- фракционное исследование желудочного содержимого (нарушение кислотности желудочного сока, секреторная функция повышена, сохранена или снижена);
- рентгенография желудка (изменения рельефа слизистой оболочки и нарушение моторно-эвакуаторной функции);

- РН-метрия;
- УЗИ органов брюшной полости;
- гистологическое исследование биоптата слизистой оболочки желудка (атрофия, выраженность отёка и гиперемии, наличие эрозий, повышенная ранимость и т.д.);
- анализ кала на копрограмму, скрытую кровь (реакция Грегерсена), бак. посев кала.

# Основные принципы лечения гастрита, гастродуоденита

## I – этап – стационарное лечение в периоде обострения.

1. **Постельный режим** на 2-4 недели, психический и физический покой.
2. **Диетотерапия.** Диета №1: физиологически полноценное питание, механическое, химическое и термическое щажение поражённого органа, строгое соблюдение режима питания, его ритма. Последовательно применяются диеты №1а, №1б, 1. Сроки пребывания на диетах №1а и 1б не должны быть очень продолжительными (6-10 дней), стол №1 назначается до стойкой ремиссии (длительность не менее 1 года). Режим питания 5 раз в сутки с дополнительным приёмом стакана тёплого молока или киселя на ночь.

### 3. Лекарственные препараты:

- средства, воздействующие на *Helicobacter pylori*: Де-нол, трихопол, фуразолидон, омепразол, париет и т.д.;
- антацидные средства: альмагель, фосфолугель, «Маалокс», «Гастал» и т.д.;
- средства, уменьшающие желудочную секрецию: ранитидин, омепразол, гастроцепин и т.д.;
- при выраженном болевом синдроме: метацин, циметидин, ранитидин, папаверин, но-шпа и т.д.;

- препараты, повышающие защитные факторы слизистой оболочки: Де-нол, вентер;
- препараты, ускоряющие эпителизацию слизистой оболочки: облепиховое масло, солкосерил, даларгин, витамин А и U;
- при повышенной возбудимости: седативные препараты (валериана, бром, пустырник);
- при сниженной кислотообразующей функции – препараты, стимулирующие секреторную функцию (плантаглоцид, сок подорожника), заместительная терапия (желудочный сок, пепсин, ацедин-пепсин) и ферментные препараты (фестал, дигестал и т. д.);

4. **Слабоминерализованные дегазированные щелочные воды** (Боржоми, Смирновская, Славяновская) за 1-1,5 часа до еды в тёплом виде. При низкой кислотообразующей функции – за 15-20 минут до еды, комнатной температуры, можно с газами.
5. **Фитотерапия** (сбор трав – ромашка, шиповник, зверобой, семена укропа, бессмертник, пустырник, валериана, корень солодки).
6. **Физиотерапия.**
7. **ЛФК, массаж.**



## II этап – амбулаторное лечение.

Проводится в условиях детской поликлиники с целью профилактики обострений и возможных осложнений.

### III этап – санаторно-курортное лечение.

Проводится через 3-4 месяца после выписки из стационара в условиях местного гастроэнтерологического санатория и на питьевых бальнеологических курортах (Железноводск, Ессентуки, Кисловодск, Пятигорск).

# Сестринский процесс при хроническом гастрите, гастродуодените

## Возможные проблемы пациента:

- боли в животе различной интенсивности;
- диспепсические расстройства;
- нарушение питания;
- нарушение сна;
- нарушение физиологических отправления (поносы, метеоризм, запоры);

- снижение устойчивости к психическим и физическим нагрузкам;
- беспокойство, чувство тревоги, связанные с недостаточной информацией о заболевании, с незнакомой окружающей обстановкой при госпитализации;
- страх перед обследованием;
- неспособность ребёнка самостоятельно справиться с трудностями, возникшими вследствие заболевания.

## *Возможные проблемы родителей:*

- дезадаптация и изменение стереотипа жизни семьи в связи с заболеванием ребёнка;
- дефицит знаний о заболевании и уходе;
- необходимость изменения традиций семейного питания и организации диетического питания в домашних условиях;
- неадекватная оценка состояния ребёнка;
- изменение внутрисемейных отношений.

# Сестринские вмешательства

1. Информировать родителей и ребёнка, если позволяет возраст, о причинах и факторах риска развития заболевания, клинических проявлениях, принципах лечения и возможных осложнениях.
2. При обострении заболевания содействовать госпитализации ребёнка в гастроэнтерологическое отделение стационара.

3. Создать атмосферу психологического комфорта и поддерживать у ребёнка положительные эмоции во время его пребывания в стационаре.
4. Вовлекать ребёнка в планирование и реализацию сестринского ухода, поощрять его к самоуходу при проведении личной гигиены.
5. Осуществлять мониторинг жизненно важных функций (ЧДД, ЧСС, АД, длительность болевого синдрома, характер рвоты, физиологических отравлений и т. д.)

6. Соблюдать тишину и охранительный режим, когда ребёнок испытывает сильную боль, правильно проводить оценку боли.
7. Научить родителей в домашних условиях оказывать помощь при болевом синдроме, используя психологические приёмы и медикаментозные способы (растворимые и неабсорбируемые антациды).  
Предупредить родителей, что длительный их приём и большие дозы антацидных препаратов могут вызвать осложнение — молочно-щелочной синдром.



8. Своевременно оценивать эффективность проводимой терапии, сообщать врачу о нежелательных эффектах. Соблюдать правила применения лекарственных средств, раздражающих слизистую оболочку желудка.
9. Научить родителей оказывать помощь при рвоте.
10. Заранее готовить ребёнка с помощью терапевтической игры к манипуляциям и диагностическим методам обследования, терпеливо объяснять при этом непонятные слова и термины.

11. Обеспечить ребёнка лечебным питанием, ознакомить ребёнка и родителей с особенностями диеты №1а, №1б, 1.
12. Научить родителей правильному подбору трав для проведения фитотерапии, приготовлению отваров.
13. Посоветовать родителям при обострении заболевания обеспечить ребёнку рациональный режим дня с пролонгированным сном, при бодрствовании – разнообразить досуг спокойными настольными играми, чтением интересных книг, прослушиванием музыки и другими любимыми занятиями.

**14.** Включить в режим дня занятия ЛФК. В начале заболевания 12-15 минут в медленном темпе, используя простые упражнения для мелких и средних мышечных групп, с небольшим количеством повторений. Затем подключить упражнения для крупных мышц, но исключить упражнения для мышц брюшного пресса. При улучшении состояния и переводе ребёнка на общий режим увеличить продолжительность занятий до 20 минут, ввести дыхательные, общеразвивающие упражнения на все группы мышц, из различных исходных положений, включить упражнения для мышц брюшного пресса с последующим расслаблением. Сочетать занятия ЛФК со спокойными играми, позволяющими восстановить нормальную адаптацию ребёнка к физической нагрузке.

15. Обучить родителей правильно оценивать состояние ребёнка, вносить изменения в план ухода в зависимости от его физического и психического состояния, заботиться о поддержании положительного эмоционального тонуса.
16. Посоветовать родителям изменить негативные семейные традиции в отношении питания (не переедать, отказаться от жирной, солёной, острой пищи), соблюдать основные принципы лечебного питания.

17. Вовлечь всех членов семьи в поддержание здорового образа жизни, обеспечить ребёнку рациональный режим дня, адекватную физическую активность.
18. Убедить родителей продолжить динамическое наблюдение за ребёнком врачом-педиатром и гастроэнтерологом после выписки из стационара с целью контроля состояния, своевременного назначения и проведения противорецидивного лечения.

Дискинезия  
желчевыводящих путей  
(ДЖВП)

# Дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП) –

заболевание, характеризующееся  
нарушением тонуса и моторики  
желчного пузыря и протоков,  
приводящими к нарушению оттока  
желчи из печени в 12-перстную кишку.

## Причины и факторы риска развития заболевания:

- наследственная предрасположенность;
- длительное нарушение ритма питания (длительные интервалы между приёмами пищи);
- раннее введение в пищевой рацион жирной и острой пищи;
- переедание;
- пороки развития желчевыделительной системы;



- ОКИ (особенно сальмонеллёз, дизентерия, вирусный гепатит), паразитарные заболевания;
- пищевая аллергия;
- хронически очаги инфекции;
- нервные перенапряжения, стрессовые ситуации;
- гипокинезия;
- заболевания желудка и 12-перстной кишки.

# Механизм патологического процесса

Нарушение секреции пищеварительных гормонов → нарушение регуляции функции желчевыведения. Неврозы, нарушение тонуса нервной вегетативной системы, нарушение нейрогуморальной регуляции → расстройство координации и мышечного тонуса желчного пузыря и протоков. Застой желчи способствует снижению бактерицидных свойств кишечника → развитие дисбактериоза. Нарушение оттока желчи с последующим изменением её биохимического состава и коллоидных свойств способствуют выпадению в осадок составных частей желчи и создают условия для развития ЖКБ.

# Профилактика

- соблюдать режим питания, не переедать;
- не злоупотреблять жирной и острой пищей;
- избегать физических перенапряжений, стрессовых ситуаций;
- соблюдать противоэпидемические мероприятия при угрозе возникновения кишечных инфекций;
- своевременно санировать очаги хронической инфекции;
- вести активный образ жизни.

# Основные клинические проявления ДЖВП

Признаки	Гипотоническая	Гипертоническая
Характеристика нарушений	Тонус и двигательная активность желчного пузыря и протоков понижены	Тонус и двигательная активность желчного пузыря и протоков повышены
Боли в правом подреберье или около пупка	Постоянные, ноющие, тупые, чувство распираания	Приступообразные, кратковременные, колющего или режущего характера

<b>Другие симптомы</b>	<b>Общая слабость, быстрая утомляемость, головные боли, отвращение к жирной пище, отрыжка воздухом, тошнота, запоры</b>	<b>Тошнота, горечь во рту, отрыжка, снижение аппетита, метеоризм, расстройство стула (послабление)</b>
<b>Вегетативные симптомы</b>	<b>Повышенная утомляемость, раздражительность, плаксивость, потливость, головная боль</b>	<b>Повышенная утомляемость, раздражительность, плаксивость, потливость, головная боль</b>
<b>Данные пальпации</b>	<b>Болезненность в области желчного пузыря, большой атонический желчный пузырь</b>	<b>Болезненность в области желчного пузыря,</b>

# Осложнения

- ЖКБ;
- дисбактериоз кишечника.

# Методы диагностики

Вид обследования	Гипотоническая	Гипертоническая
Холецистография	Увеличение в размерах желчного пузыря с нормальным или замедленным его опорожнением	Уменьшение размеров желчного пузыря с ускоренным его опорожнением
УЗИ	Увеличение в размерах желчного пузыря	Уменьшение в размерах желчного пузыря, холестааз

<p><b>Дуоденальное зондирование</b></p>	<p><b>Увеличение порции «В» при нормальной скорости оттока или уменьшение порции «В» при уменьшении скорости оттока</b></p>	<p><b>Уменьшение порции «В» при увеличенной скорости оттока</b></p>
<p><b>Биохимическое исследование желчи</b></p>	<p><b>Повышенная концентрация билирубина, холестерина, желчных кислот и холевой кислоты</b></p>	<p><b>Снижение уровня билирубина, холестерина, желчных кислот, холевой кислоты и липопротеидного комплекса</b></p>



# Основные принципы лечения ДЖВП

1. Постельный режим при выраженном болевом синдроме, т.к. в горизонтальном положении улучшаются микроциркуляция органов пищеварения и отток желчи.
2. Диетотерапия: диета №5 (ограничение механических и химических раздражителей, тугоплавких жиров, обогащение желчегонными продуктами, содержащими растительную клетчатку). Приём пищи дробный от 4 до 6 раз в сутки (для предотвращения длительного застоя желчи в желчном пузыре), пища принимается в тёплом виде.

При гипертонической форме в рационе ограничить количество жира, при гипотонической – увеличить количество белка, ввести соки с мякотью, фрукты, ягоды. Увеличить объём вводимой жидкости в виде минеральной воды, разведённых соков, компотов, отвара шиповника.

### 3. Лекарственные препараты:

- при гипертонической форме: спазмолитики (но-шпа, папаверин), желчегонные (аллохол, холензим, холосас, фламин), седативные (бромиды, валериана, пустырник);
- при гипотонической форме: желчегонные (сорбит, ксилит, сульфат магния), тонизирующие (элеутерококк, женьшень).

4. Фитотерапия. При гипертонической дискинезии в сбор входят: зверобой, ромашка, горец змеиный; при гипотонической – мята перечная, лимонник китайский, бессмертник, тысячелистник, аир болотный, трифоль.
5. Курсы лечения минеральной водой. При гипертонической дискинезии рекомендуется вода низкой минерализации (Ессентуки №4,20, Нарзан) в тёплом виде небольшими порциями, при гипотонической – вода высокой минерализации (Ессентуки №17, Арзни) комнатной температуры, с газами.

6. Физиотерапия: парафиновые аппликации, электрофорез и т.д.
7. ЛФК.
8. Проведение тюбажей по Демьянову 1 раз в 7-10 дней с сульфатными водами.
9. Санаторно-курортное лечение на климатобальнеологических курортах (Ессентуки, Железноводск, Боржоми, Пятигорск, Нальчик, Ижевск) вне обострения.

# Сестринский процесс при ДЖВП.

## Возможные проблемы пациента:

- нарушение питания из-за рвоты, снижения аппетита и т.д.;
- состояние дискомфорта из-за болевого синдрома ( усиленной перистальтики и спазмов желчного пузыря и протоков);
- нарушение сна из-за болей;
- снижение аппетита;
- диспепсические расстройства;

- **беспокойство, чувство тревоги, связанные с заболеванием и недостаточной информацией, с незнакомой окружающей обстановкой при госпитализации;**
- **страх перед манипуляциями;**
- **снижение познавательной активности;**
- **разлука с родителями, со сверстниками при госпитализации.**

## *Возможные проблемы родителей:*

- дефицит знаний о заболевании;
- неадекватная оценка состояния ребёнка;
- необходимость организации и длительного соблюдения ребёнком режима диетического питания ;
- изменение стереотипа и традиций питания в семье.

# Сестринские вмешательства

1. Информировать родителей и ребёнка (если позволяет возраст) о причинах и факторах риска развития заболевания, клинических проявлениях, принципах лечения и возможных осложнениях.
2. Убедить родителей и ребёнка (если позволяет возраст) в необходимости госпитализации в гастроэнтерологическое отделение стационара для проведения полного обследования и комплексного лечения.



3. Своевременно удовлетворять потребности больного ребёнка. Создать в палате атмосферу психологического комфорта и поддерживать у ребёнка положительные эмоции во время его пребывания в стационаре, познакомить его со сверстниками, имеющими положительный опыт лечения.
4. Вовлекать ребёнка в планирование и реализацию сестринского ухода, поощрять его к самоуходу при проведении личной гигиены.

5. Заранее готовить ребёнка к лабораторным и инструментальным методам обследования с помощью терапевтической игры, объяснять последовательность выполнения, терпеливо объяснять при этом непонятные слова и термины.
6. Осуществлять мониторинг состояния жизненно важных функций (ЧДД, ЧСС, АД, длительность болевого синдрома, характер физиологических отклонений и т.д.)

7. Соблюдать тишину и охранительный режим, когда ребёнок испытывает сильную боль, правильно проводить оценку боли.
8. Научить родителей в домашних условиях оказывать помощь при болевом синдроме, используя психологические приёмы и медикаментозные способы.
9. Своевременно оценивать эффективность проводимой терапии, сообщать врачу о нежелательных эффектах.

**10.** Обеспечить ребёнка лечебным питанием, ознакомить ребёнка и родителей с особенностями диеты №5. Обучить родителей приготовлению диетических блюд в домашних условиях и правилам подбора продуктов. Научить ребёнка есть неторопливо, тщательно пережёвывая пищу, следить за тем, чтобы он не переедал.

**11.** Научить родителей правильному подбору трав для фитотерапии и приготовлению отваров.

12. Посоветовать родителям в домашних условиях продолжить курс лечения минеральными водами.
13. Посоветовать родителям 1 раз в 7-10 дней проводить ребёнку «слепые зондирования» (тюбажи по Демьянову) и обучить их технике проведения манипуляции.
14. Посоветовать родителям при обострении заболевания обеспечить ребёнку рациональный режим дня с пролонгированным сном, при бодрствовании – разнообразить досуг спокойными настольными играми, чтением интересных книг, прослушиванием музыки и другими любимыми занятиями.

15. Включить в режим дня занятия ЛФК, объяснить им, что исходные положения на левом боку и четвереньках облегчают отток желчи в 12-перстную кишку, а сочетание дыхательных упражнений с упражнениями для мышц брюшного пресса обеспечивают хороший дренаж желчевыводящих путей.
16. Обучить родителей правильно оценивать состояние ребёнка, вносить изменения в план ухода в зависимости от его физического и психического состояния, заботиться о поддержании положительного эмоционального тонуса.

17. Посоветовать родителям изменить негативные семейные традиции в отношении питания (не переедать, отказаться от жирной, солёной, острой пищи), соблюдать основные принципы лечебного питания.
18. Вовлекать всех членов семьи в поддержание здорового образа жизни, обеспечить ребёнку рациональный режим дня, адекватную физическую нагрузку.
19. Убедить родителей продолжить динамическое наблюдение на ребёнком врачом-педиатром и гастроэнтерологом после выписки из стационара с целью контроля состояния, своевременного назначения и проведения противорецидивного лечения.

# Гельминтозы



# Гельминтозы –

глистные заболевания, вызываемые паразитическими червями (гельминтами), которые могут паразитировать в различных отделах кишечника, мышцах, печени, лёгких, головном мозге.

# Reddish Salamander

Reddish Salamander  
found in mountain streams

Reddish Salamander  
found in mountain streams  
in the mountains of  
the western United States  
and Canada. They are  
found in mountain streams  
and are common in  
the mountains of  
the western United States  
and Canada.







## III основные класса гельминтов:

- круглые черви (нематоды);
- ленточные черви (цестоды);
- сосальщики (трематоды).

У детей чаще встречаются  
заболевания, вызываемые  
круглыми червями –  
аскаридоз и энтеробиоз.

# Аскаридоз — заболевание, вызываемое аскаридами.





Длина самки достигает от 25 до 40 см.,  
конец тела прямой, заострённый. Самец  
длиной от 15 до 20 см., конец тела  
крючкообразно загнут на брюшную  
сторону, головной конец снабжён тремя  
выступающими губами, окружающими  
ротовое отверстие. Аскарида- бледно-  
розовой окраски, веретенообразной  
формы. **Гельминт паразитирует в тонком  
кишечнике**, питается содержимым и  
поверхностными слоями слизистой  
оболочки кишечника.



## Источник аскаридоза:

- больной человек, выделяющий яйца с фекалиями во внешнюю среду.

## Факторы риска развития заболевания:

- плохо вымытые руки, овощи и фрукты;
- предметы домашнего обихода и игрушки, на которые попали яйца аскарид;
- использование фекалий человека в качестве удобрений;
- сезонный фактор (летне-осенний период), особенно в сочетании с влажными климатическими условиями.

# Механизм патологического процесса

I период – миграция личинок и пребывание их в лёгких. Происходит сенсibilизация организма продуктами обмена аскарид и распада погибших личинок. Аллергены аскарид – самые сильные из аллергенов паразитарного типа → организме часто возникают аллергические проявления (сыпь, зуд кожи, эозинофильные инфильтраты в лёгких, печени, эозинофилия в крови). Возможна механическая травма лёгких и печени при разрыве капилляров личинками. В местах кровоизлияний могут образовываться воспалительные очаги.

II период – паразитирование аскарид в кишечнике. Происходит токсическое и механическое воздействие аскарид на организм. Аскариды выделяют продукты жизнедеятельности – аскарон, который наряду с аллергическим действием на организм оказывает токсическое влияние на ЦНС. Аскариды нарушают пищеварительную и секреторно-эвакуаторную функции кишечника → спастические явления со стороны желудочно-кишечного тракта, гиповитаминозы, нарушения обмена веществ.

Аскариды часто мигрируют за пределы кишечника (в желчные пути, выводной проток поджелудочной железы, аппендикс).

В кишечнике, сворачиваясь в клубок, могут закупоривать его просвет. Аскариды подавляют иммунологическую реактивность организма.



# Клиническая картина

В I периоде миграции аскарид через лёгкие:

## Симптомы интоксикации:

- недомогание;
- раздражительность;
- субфебрильная температура;
- слабость;
- снижение аппетита;
- головокружение;
- беспокойный сон;
- головные боли.

## Изменения со стороны лёгких:

- боли в груди;
- кашель сухой или с мокротой, возможно окрашивание мокроты кровью.





аскарида в сердце

# Аллергические проявления:

- сыпь типа крапивницы;
- зуд кожи;
- изменения в периферической крови: эозинофилия.



# Рентгенологические изменения

## в лёгких:

- «летучие» тени инфильтрации, исчезающие через 3-5 дней.

Во II периоде паразитирования аскарид в  
кишечнике:

Диспепсические явления:

- понижение аппетита;
- тошнота, особенно натощак, рвота;
- слюнотечение;
- схваткообразные боли вокруг пупка;
- метеоризм;
- чередование запоров и поносов.
- **На коже появляются экхимозы.**

аскарида в тонкой кишке



## Симптомы интоксикации:

- недомогание;
- раздражительность;
- субфебрильная температура;
- слабость;
- снижение аппетита;
- головокружение;
- беспокойный сон, скрежетание зубами во сне;
- головные боли;

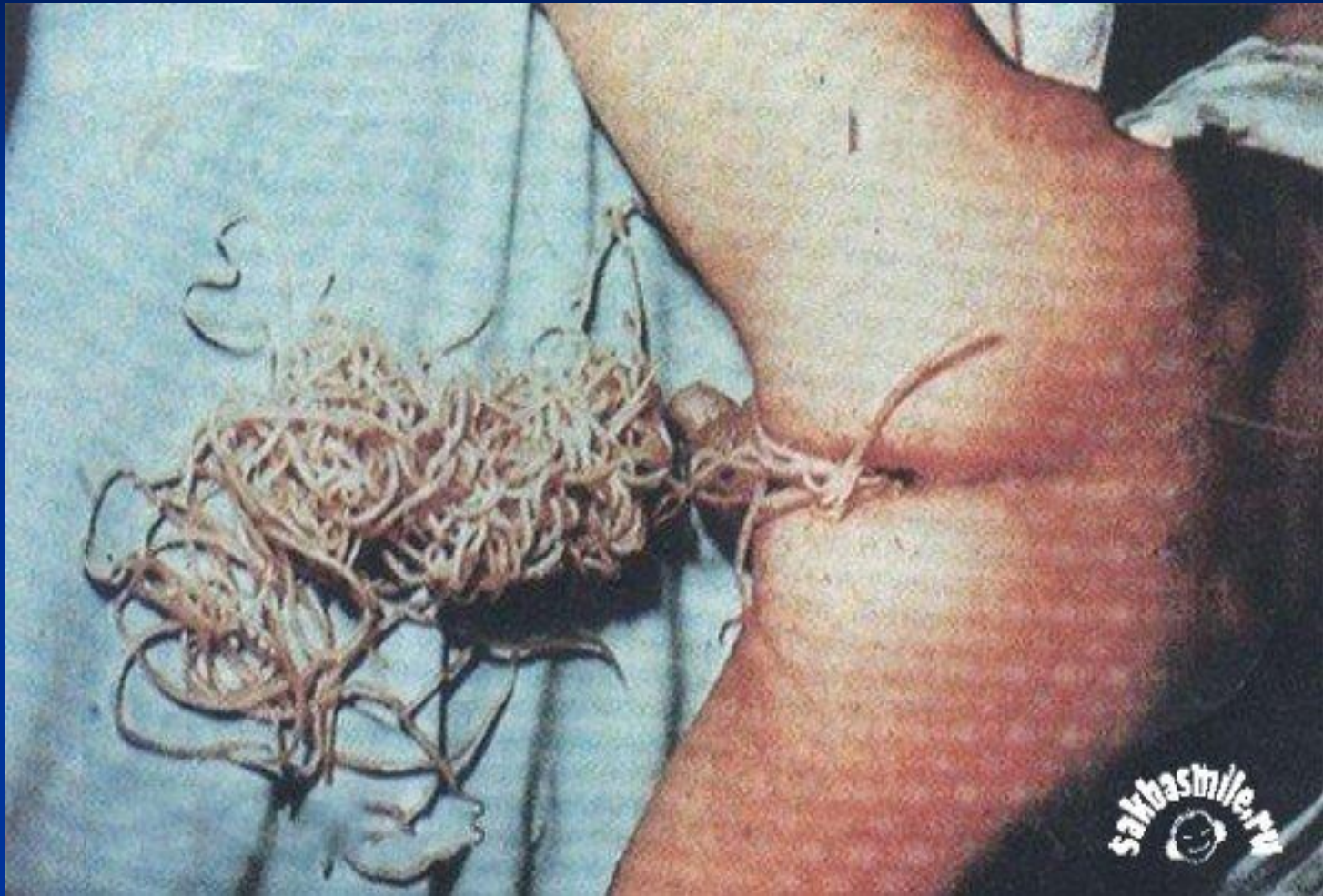
# Осложнения

- механическая кишечная непроходимость;
- приступ желчной колики;
- аппендицит;
- анемия в крови.





# Выход аскарид у ребёнка





# Методы диагностики

- анализ кала на яйца аскарид.

# Основные принципы лечения

## 1. Лекарственные препараты:

- **антигельминтные**: тиабендазол, декарис, пиперазин, комбантрин, вермокс и т.д.
- в острой стадии **антигистаминные**: супрастин, тавегил, димедрол и т.д.
- **симптоматические**: поливитамины, ферментные препараты, при развитии анемии – препараты железа.

2. Контроль эффективности лечения проводится через 3 недели с 3-х кратным исследованием фекалий.
3. Строгое соблюдение личной гигиены ребёнком и членами семьи.

# Энтеробиоз

**Энтеробиоз –**  
заболевание, вызываемое  
острицами.



Острица принадлежит к классу мелких круглых червей. Они имеют величину до 10мм, белесоватого цвета. На головном конце имеют присоску, с помощью которой гельминты фиксируются к слизистой оболочке кишечника и питаются его содержимым, задний конец заострѐн.

**Острицы паразитируют в  
нижнем отделе кишечника,  
в аппендиксе и в толстом  
кишечнике.**

# Источник энтеробиоза:

- больной человек,  
выделяющий яйца во  
внешнюю среду.



## Факторы риска развития заболевания:

- плохо вымытые руки, овощи и фрукты;
- предметы домашнего обихода и игрушки, на которые попали яйца остриц;
- постельное и нательное бельё больного энтеробиозом;
- сезонный фактор (летне-осенний период), особенно в сочетании с влажными климатическим условиями.

# Механизм патологического процесса

Ребёнок заражается при заглатывании яиц остриц, из которых в кишечнике выходят личинки, мигрирующие в слепую кишку — завершается их созревание до взрослой особи. В ночное время зрелые самки, наполненные яйцами → в прямую кишку → перианальные складки → откладывают яйца. Через 4-6 часов созревают личинки, свернувшиеся в один завиток и сохраняющие свою жизнеспособность в течение 20 дней. Активные движения самки во время кладки яиц → раздражение и зуд в перианальной области. Если ребёнок спит без трусиков, то при расчёсывании перианальной области яйца остриц попадают под ногти → в рот ребёнка → постоянно может происходить самозаражение яйцами остриц, находящихся в избытке на коже промежности, в перианальных складках, на постельном и нательном белье.

# Профилактика аскаридоза и энтеробиоза

- при выявлении энтеробиоза необходимо обследовать и лечить всех контактных;
- соблюдать правила личной гигиены, мыть руки перед едой и после посещения туалета;
- обследовать всех детей, вновь поступающих в детские учреждения или после летних отпусков;

- ежедневно проводить влажную уборку помещений;
- прививать гигиеническую культуру детям с раннего возраста;
- постоянно проводить санитарно-просветительскую работу среди родителей и детей.

# Клиническая картина

## Изменения со стороны нервной системы:

- беспокойный сон;
- раздражительность;
- рассеянность или вялость ребёнка.

## Изменения со стороны

### желудочно-кишечного тракта:

- потеря аппетита;
- тошнота;
- боли в животе;
- учащённый стул.

## Местные проявления:

- зуд в перианальной области;
- гиперемия и расчёсы кожи промежности и перианальной области.

# Осложнения

- вульвовагинит у девочек;
- аппендицит;
- ночное недержание мочи.



# Методы диагностики

- соскоб с перианальных складок.

# Основные принципы лечения

1. Проведение непрерывного курса лечения.
2. Одновременное лечение всех членов семьи.
3. Систематическое проведение санитарно-гигиенических мероприятий в окружении больного энтеробиозом.

## Медикаментозное лечение:

- антигельминтные средства:  
пирантел, комбантрин,  
вермокс, декарис;
- контроль эффективности через  
2 недели.

## Санитарно-гигиенические мероприятия:

- ребёнка на ночь подмывать тёплой водой с мылом, область анального отверстия смазать детским кремом или вазелином и надеть чистые, плотно облегающие трусики;
- утром ребёнка снова подмыть, трусики поменять;
- использованные трусики прокипятить и прогладить утюгом по изнаночной стороне.

# Сестринский процесс при гельминтозах

## Возможные проблемы пациента:

- нарушение питания из-за диспепсических явлений;
- дискомфорт, связанный с зудом в области перианальных складок;
- нарушение сна из-за зуда;
- состояние дискомфорта из-за боли в животе;

- нарушение физиологических отпращлений;
- дискомфорт, связанный с аллергическими реакциями (кожная сыпь, зуд, отёчность тканей и т.д.);
- недостаточные гигиенические навыки;
- дефицит самоухода;
- риск развития осложнений (инфицирования кожи и т.д.).

## *Возможные проблемы родителей:*

- дефицит знаний о заболевании, прогнозе и профилактических мероприятиях;
- неадекватная оценка состояния ребёнка;
- недоверие к проводимому лечению;
- риск заражения всех членов семьи;
- низкая санитарно-гигиеническая культура.

# Сестринские вмешательства

1. Своевременно информировать родителей и ребёнка о возможных причинах возникновения заболевания, клинических проявлениях, помочь осознать необходимость соблюдения санитарно-гигиенических мероприятий для предупреждения заболевания и самозаражения (при энтеробиозе).



2. Вовлекать ребёнка и родителей в планирование и реализацию ухода. Убедить пациента и членов его семьи систематически проводить санитарно-гигиенические мероприятия:

- научить детей (если позволяет возраст) регулярно и правильно мыть руки с мылом и стричь на руках ногти;
- чаще проводить смену нательного и постельного белья, при этом стараться его не трясти, а аккуратно складывать и хранить до стирки в специальном закрытом контейнере (при энтеробиозе);

- тщательно мыть овощи и фрукты перед едой, пить только кипячёную воду;
- следить за чистотой нательного и постельного белья, предметов домашнего обихода, игрушек.

**3.** При проведении дегельминтизации рекомендовать ребёнку легко усвояемую полужидкую пищу с ограничением жиров, но при этом увеличить количество животного и растительного белка. Увеличить объём вводимой жидкости в виде слабощелочной дегазированной минеральной воды, отвара шиповника. Увеличить в пищевом рационе содержание витаминов и минеральных солей за счёт соков, свежих фруктов и овощей. Всю пищу подавать в тёплом виде.

4. Обеспечить ребёнка полноценным питанием, при нарушении аппетита предлагать любимые блюда, уделять внимание эстетической сервировке стола.
5. Контролировать приём антигельминтных препаратов, оценивать эффективность проводимой терапии, своевременно сообщать врачу о побочных эффектах.
6. Своевременно обследовать всех контактных членов семьи на яйца гельминтов и, с целью профилактики, проводить систематическую дегельминтизацию домашних животных.

7. Рекомендовать тщательное мытьё игрушек, предметов ухода, детской мебели мыльно-содовым раствором, проводить ежедневно влажную уборку помещений, регулярно чистить пылесосом мягкую мебель, мягкие игрушки и ковровые покрытия.
8. Обучить родителей подготовке ребёнка к обследованию на энтеробиоз и технике сбора кала для исследования на яйца гельминтов, правилам доставки материала в лабораторию.

## Источники информации:

- Учебник Ежова Н.В., стр 279-282, 290-294.
- Учебник Святкина К.А., стр 125-127, 130-132, 134.
- Учебное пособие Севостьянова Н.Г., стр 486-491, 504-512 (1-й том), 224-235 (2-й том).
- Учебное пособие Тульчинская В.Д., стр 130-142.

**Спасибо за внимание!**