

# ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

К.И. Григорьев, профессор, А.Л. Соловьева, канд. мед. наук  
Российский государственный медицинский университет им. Н.И.Пирогова

E-mail: k-i-grigoryev@yandex.ru

**Приведены сведения по уходу за больными с гастроэнтерологическими заболеваниями.**

**Ключевые слова:** терапевтический уход, заболевания органов пищеварения, дети, режим лечения.

Заболевания органов пищеварения занимают значительное место в структуре патологии детского возраста. По результатам диспансеризации детского населения, проведенной в 2005–2007 гг., на их долю у детей 6 лет приходится 10,7% всей заболеваемости, а у подростков старше 14 лет – еще больше. Примечательно, что детям раннего и дошкольного возрастов свойственны инфекционные гастроэнтерологические заболевания, а у школьников и подростков чаще выявляются хронические болезни органов пищеварения.

Начинаясь в дошкольном возрасте, включая детей до 3 лет, некоторые болезни (хронический гепатит, язвенная болезнь, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона и др.) довольно часто приобретают прогрессирующее течение, осложняются, приводят к инвалидизации. Это сказывается не только на качестве жизни детей и их родителей, но и обуславливает необходимость экономически затратных лечебных мер, в частности госпитализации в специализированные педиатрические отделения гастроэнтерологического профиля.

Основными задачами по уходу за больными в детском соматическом гастроэнтерологическом отделении являются: 1) соблюдение лечебно-охранительного режима; 2) организация лечебного питания и водного рациона, 3) мониторинг за функцией органов пищеварения, 4) организация и проведение специфического гастроэнтерологического обследования и лечения детей.

## Лечебно-охранительный режим

Соблюдение режима необходимо при гастроэнтерологических заболеваниях, поскольку в основном они относятся к «болезням цивилизации» и по патогенетической сущности признаны психосоматическими.

Современный ребенок подвержен воздействию комплекса стрессовых (невротизирующих) факторов (перегруженность в школе; неконтролируемый поток аудиовизуальной информации; дополнительные занятия по разным предметам; многочисленные экзамены). Крайне негативные последствия для ребенка

имеют семейные неурядицы, алкоголизм родителей, низкий материальный уровень жизни семьи, нерациональное питание и т.п. Ряд болезней органов пищеварения относят к экологически обусловленным, а экологическое неблагополучие наблюдается практически во всех крупных городах страны.

Задача стационара – защитить больного ребенка от внешних воздействий, создать для него комфортные условия, и обязанность медсестры – следить за психологически благоприятной обстановкой в отделении, на посту, в каждой палате.

Тяжелобольные находятся на строгом постельном режиме. Важно их кормить и поить, не меняя их позы; таких больных кормят в положении лежа, когда голова больного по отношению к туловищу находится под углом 30–35°. Пищу дают с ложки небольшими порциями, воду или другие жидкости – из поильника малыми дозами по мере необходимости. При переводе на полупостельный и общий режимы дети принимают пищу в столовой. Стол сервируют необходимыми предметами и приборами. Пища должна быть вкусной и теплой.

Диета должна соответствовать диагнозу. При язвенной болезни и гастродуодените назначают диету № 1, при колите, остром гастрите синдроме малабсорбции – № 4, при дисфункции билиарного тракта, остром гепатите – № 5 и т.д. Каждая диета составляется с учетом тех или иных требований. Так, при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни детям раннего возраста нужны готовые детские питательные смеси с загустителями, содержащие клейковину рожкового дерева (камедь), амилопектин и др., или так называемые антирефлюксные (АР) молочные смеси: «Фрисовом», «Нутрилон АР», «Нутрилак АР», «Хумана АР», «Humana GmbH» (содержат камедь), «Энфамил АР», «Сэмпер-Лемолак» (содержат рисовый крахмал). Рекомендации для детей старшего возраста предусматривают частое питание (5–6 раз в день) с исключением продуктов, способствующих изжоге (черный хлеб, пряности, острые, жирные и жареные блюда). После еды ребенок должен сохранять вертикальное положение в течение 20–30 мин; последний прием пищи должен быть не позже чем за 3–4 ч до сна.

Сейчас специалисты подчеркивают роль пищевых волокон, выполняющих роль естественных энтеросорбентов и обеспечивающих работу желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Дошкольники, школьники и особенно подростки должны принимать их в среднем соответственно 0,5; 0,6 и 0,7 г/кг/сут. Абсолютное большинство

свежих фруктов и овощей, не обработанных консервантами, обеспечивают антиоксидантную защиту организма.

Важная задача работников любого звена здравоохранения – обеспечить профилактику внутрибольничных инфекций (ВБИ). Попав в стационар, больной может получить новое, не связанное с основным, и более опасное заболевание. Чтобы предотвратить ВБИ, следует, в частности тщательно обрабатывать все диагностические приборы, включая эндоскопическую аппаратуру. Современный процесс дезинфекции – многокомпонентный, строгие требования предъявляются к растворам и автоклавам. За эту работу несет ответственность средний медицинский персонал.

**Помощь при симптомах, свидетельствующих о поражении органов пищеварения.** Медсестра детского отделения гастроэнтерологического профиля наблюдает за симптомами, характеризующими поражение органов ЖКТ (изменения аппетита, тошнота, отрыжка, изжога и др.).

*Изменения аппетита.* При нарушениях деятельности ЖКТ возможно снижение аппетита или, наоборот, повышенный аппетит вплоть до булемии. Выделяют психогенную анорексию у девочек-подростков – сознательный отказ от приема пищи с целью похудения с нарастающим физическим истощением. Для верификации подобных ситуаций требуются длительное наблюдение за больными и разнообразные, подчас излишние, лабораторные и инструментальные исследования.

*Тошнота* представляет собой неприятное ощущение в подложечной области, нередко сопровождающееся побледнением, слюноотделением. Тошнота часто предшествует рвоте. При тошноте больного успокаивают, дают выпить полстакана воды с 2–3 каплями нашатырного спирта.

*Рвота* у детей возникает часто, особенно в раннем возрасте. Это – признак многих заболеваний ЖКТ, инфекционных болезней, патологии центральной нервной системы и др. *Срыгивания* в отличие от рвоты характеризуются выбросом пищи из пищевода или желудка без напряжения мышц брюшного пресса. У детей первых месяцев жизни рвота обуславливается избыточным кормлением или заглатыванием воздуха (аэрофагия). Иногда встречается руминация (когда ребенок срыгивает, пережевывает и повторно проглатывает пищу). Рвота – сложный рефлекторный акт; при возбуждении рвотного центра происходит выбрасывание рвотных масс через пищевод, глотку, рот, иногда – носовые ходы.

При возникновении рвоты необходимо больного удобно усадить или уложить, закрыть грудь полотенцем, пеленкой или клеенкой, поднести ко рту чистый лоток либо поставить на пол, у ног, таз или ведро. Ослабленному больному, находящемуся в положении лежа, следует повернуть голову набок, чтобы она была ниже туловища, и поднести лоток. Под голову такого ребенка подкладывают пеленку или полотенце, чтобы исключить загрязнение постельного белья. Опасна рвота у больных, находящихся в бессознательном состоянии, поскольку существует опасность, что рвотные массы могут попасть в дыхательные пути и вызвать асфиксию.

После рвоты необходимо прополоскать рот теплой водой, тщательно вытереть губы и углы рта, убрать с кожи

попавшие на нее частицы рвотных масс. Для прекращения рвоты желательно дать ребенку холодной воды, кусочка льда, несколько мятных капель или 2–3 мл 1% раствора новокаина.

«Желудочная» рвота типична для больных с острыми кишечными инфекциями и пищевыми отравлениями, токсикоинфекциями и др. Это – своего рода защитная реакция организма, хотя она и причиняет больному сильное неудобство. В таких случаях хороший эффект дает промывание желудка с применением желудочного зонда.

Рвотные массы оставляют до прихода врача, при необходимости направляют в лабораторию в чистой посуде с широким горлом, указав сведения о больном и цель исследования. Рвота «кофейной гущей» свидетельствует о желудочно-кишечном кровотечении. В этих случаях оказывают соответствующую доврачебную помощь и срочно вызывают врача. В дальнейшем медсестра остается наблюдать за ребенком и периодически информирует врача о состоянии больного.

*Отрыжка* иногда может быть обусловлена заглатыванием воздуха во время еды (аэрофагия), особенно у детей раннего возраста. Чтобы избежать переполнения желудка, ребенка кормят медленно, небольшими порциями, следят, чтобы он тщательно пережевывал пищу.

При *изжоге* показан целый комплекс режимных назначений. Основная причина изжоги – заброс желудочного либо желудочно-кишечного содержимого в пищевод в результате как функциональной недостаточности клапанов и(или) сфинктеров полых органов, так изменения градиента давления в них. Детям старшего возраста рекомендуют принимать пищу стоя и ходить после еды не менее полчаса, важно изменить условия жизни («lifestyle modification»). Надо избегать глубоких наклонов, длительного пребывания в согнутом положении (поза «огородника»), поднимания руками предметов весом более 4–8 кг на обе руки, физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса. Рекомендуются контроль за регулярным опорожнением кишечника и поструральная терапия (сон в кровати с приподнятым изголовьем). Если головной конец кровати во время сна приподнят, вследствие отсутствия перистальтических волн не нарушается естественный клиренс пищевода.

Для устранения *метеоризма* ребенку назначают активированный уголь или специальные лекарственные средства, например симетикон, юниэнзим. Ограничивают долю в пищевом рационе черного хлеба, картофеля, бобовых, молока, квашеной капусты.

Помощь детям с *запорами* зависит от характера задержки стула. При атонических запорах исключают легкоусвояемые продукты (каши, пюре, сметана и т.д.) и назначают диету, содержащую большое количество растительной клетчатки (капуста, свекла, чернослив, хлеб из муки грубого помола). Дети должны двигаться, им противопоказан сидячий образ жизни. Выработывают рефлекс ежедневного опорожнения кишечника, используя массаж живота, отказ от горшка (дефекация в «позе орла»), дают лекарственные средства (желчегонные, ферментные препараты, регуляторы моторики и др.). Некоторым детям назначают слабительные, в основном – растительного происхождения (ревень, кора

крушины), реже – солевые препараты (20% раствор сульфата магния по 1 чайной ложке натощак). Детям, страдающим спастическими запорами, рекомендуется больше гулять на свежем воздухе, постоянно заниматься физкультурой; их приучают к опорожнению кишечника в определенное время. Из рациона исключают грубую пищу, богатую клетчаткой. Назначают успокаивающие средства (валериана).

*Копростаз* – задержка стула – часто требует неотложной помощи, в частности применения очистительной клизмы вплоть до сифонной и проведения лекарственной терапии (Дротаверин, дюспаталин, микролак, лактулоза, софтовок и др.). Длительные запоры могут вести к образованию «каловой пробки», при которой возможно вздутие кишечника из-за нарушения отхода кишечных газов. Очистительную клизму детям ставят при упорных запорах, когда самостоятельный стул отсутствует в течение 3 дней и более.

Особого внимания требуют дети с *диареей*. С момента ее появления ребенку дают дополнительное количество воды, чтобы избежать обезвоживания. Обычно используют растворы из солей для пероральной регидратации (СПР), выпускаемые в пакетах. Ингредиенты пакета (регидрон и др.) размешивают в 1 л питьевой воды. Раствор СПР на день готовят заранее в индивидуальной посуде, которую держат закрытой. После каждого эпизода жидкого стула ребенку до 2–3 лет дают 50–100 мл СПР, детям старше 2–3 лет – 100–200 мл СПР. Неиспользованный за день раствор выливают. Круг назначений при острой диарее определяет врач-педиатр. Обычно используют адсорбенты: смекту, неосмектин, аттапульгит, таннакомп, реже – антибактериальные средства – энтерофурил, гентамицин *per os* и др.

Детей, особенно раннего возраста, после каждого опорожнения кишечника следует подмывать. Кожу вокруг анального отверстия смазывают вазелином или детским кремом. Ребенку выделяют отдельный горшок, содержимое которого оставляют до врачебного осмотра. При подозрении на кишечную инфекцию больного изолируют в бокс, а при подтверждении диагноза переводят в инфекционное отделение. Проводят текущую дезинфекцию. Горшки и подкладные судна дезинфицируют.

*Уход за полостью рта.* Стоматологи уже давно пришли к выводу, что для нормального ухода за полостью рта зубной пасты и щетки недостаточно. Сейчас имеется множество вспомогательных средств: нити, элексиры, ополаскиватели. Средства для ухода за полостью рта у детей с гастроэнтерологическими заболеваниями выбирает врач. Медсестра в течение дня следит за тщательностью соблюдения всех гигиенических правил. После еды больной должен прополоскать рот. При наличии афт, гингивита, невозможности выполнить процедуру самостоятельно медсестра обрабатывает ребенку полость рта одним из дезинфицирующих растворов.

Особая категория нуждающихся в уходе за полостью рта – дети с брекетами и дистрактор-системами. Активное использование лечебно-профилактических средств ухода за полостью рта (Синквель, ПрезиДЕНТ, Лесной бальзам и др.) способствует выраженному ослаблению воспалительных явлений в деснах и тканях пародонта. При появлении признаков воспаления

десен (кровоточивость, припухлость) используют противовоспалительные антигингивитные средства: гель алоэ, корсодил и др.

*Помощь при икоте.* У малышей икота может быть вызвана переохлаждением, перееданием. Поэтому требуется следить за соблюдением правил кормления. Икота может возникнуть при испуге, проглатывании твердой пищи, что приводит к спастическим сокращениям диафрагмы и пищевода. Чтобы прекратить икоту, ребенку крепко зажимают нос, имея при этом наготове стакан с водой. Ребенок пьет воду маленькими глотками, непрерывно, не вдыхая воздуха. Когда станет невмоготу, можно разрешить ему вдохнуть. После этого икота должна пройти. Если этого не случилось, процедуру повторяют, но уже с большей выдержкой. При икоте центрального генеза по назначению врача используют лекарственные средства – галоперидол, седуксен.

*При болях в животе* – наиболее частом и характерном признаке острых или хронических заболеваний органов пищеварения – дети нуждаются в пристальном наблюдении и особом уходе. До прихода врача ребенка укладывают в постель. Обращают внимание на поведение ребенка во время приступа болей, а также на положение его в постели (на боку, коленно-локтевое положение, с согнутыми ногами и т.п.). До врачебного осмотра противопоказано применение грелок или лекарственных средств, снимающих болевой приступ, так как это может привести к диагностической ошибке.

Боль в животе, особенно у подростков, значительно чаще, чем в другие периоды детства, может быть связана не только с заболеваниями органов пищеварения, но и с психогенными и неврогенными причинами. Психические заболевания почти всегда сопровождаются соматическими расстройствами, которые классифицируются, в том числе гастроэнтерологами, как абдоминалгии неясного генеза, хотя спектр заболеваний при болях в животе весьма обширен – от хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни, дискинезии желчевыводящих путей, реактивного панкреатита, гепатита, проктосигмоидита до долихосигмы, целиакии, лактазной недостаточности, желчнокаменной болезни, тромбоза сосудов кишечника, хронической дуоденальной непроходимости и т.д.

*Помощь при травмах брюшной стенки.* Причины травм брюшной полости у детей разнообразны, они могут возникнуть и при падении в условиях отделения. Травма проявляется болями в животе различной степени выраженности. При сильных болях возможны обмороки. Неотложная помощь состоит в прикладывании холода на область живота. Следует срочно вызвать врача. Появление дегтеобразного стула свидетельствует о желудочно-кишечном кровотечении. Даже при хорошем самочувствии ребенка с подозрением на травму живота срочно укладывают в постель и вызывают врача.

### **Манипуляции в практике работы медсестры гастроэнтерологического отделения**

Следует знать и соблюдать стандарты проведения таких лечебных манипуляций, как применение клизм, газоотведение, промывание желудка, подготовка к рентгенологическим, ультразвуковому и эндоскопическим исследованиям и др.

**Постановка клизмы.** Клизма – грушевидной формы баллон для жидкости, соединенный с мягким наконечником. При помощи клизмы в толстую кишку с лечебной или диагностической целью вводят жидкости. Различают клизмы *очистительные, лекарственные, питательные* и др. Противопоказания к постановке клизмы: выпадение слизистой оболочки прямой кишки; геморрой; подозрение на аппендицит; кишечные кровотечения; язвенно-некротические изменения толстой кишки.

*Очистительные клизмы* назначают при запорах, пищевых отравлениях, для подготовки больного к ректоскопии, колонофиброскопии, рентгенологическому и ультразвуковому исследованию органов брюшной полости, перед операциями, введением лекарственных средств. Цель – освобождение кишечника от каловых масс и газов.

У детей первых 2–3 мес жизни используют баллоны №2 (емкость – около 50 мл), 6 мес – №3 или №4 (75–100 мл), у годовалых – №5 (150 мл), у детей 2–5 лет – №5–6 (180–200 мл), 6–12 лет – №6 (200–250 мл). Для глубоких очистительных клизм детям старшего возраста используют кружку Эсмарха.

Количество жидкости для очистительной клизмы зависит от возраста ребенка и показаний к данной процедуре (см. таблицу).

По окончании процедуры грушевидные баллоны и резиновые наконечники моют горячей водой и кипятят.

Для усиления перистальтики кишечника к жидкости добавляют различные вещества: хлорид натрия (1–2 столовые ложки на 1 л воды), глицерин или растительное масло (1–2 столовые ложки), настой или отвар ромашки (1 стакан). При атонических запорах послабляющий эффект возникает при температуре жидкости 18–20°C, при спастических – 37–38°C.

*Масляные клизмы* применяют для мягкого очищения кишечника, а также при упорных запорах. Используют растительные масла (подсолнечное, льняное, оливковое, конопляное и вазелиновое). Его предварительно подогревают до температуры 37–38°C. Процедуру проводят вечером, поскольку ожидаемый эффект наступает через 8–10 ч.

*Гипертонические клизмы* нужны для стимулирования перистальтики кишечника. Раствор имеет следующий состав: 5–10% раствор хлорида натрия (1 столовая ложка на стакан воды), 20–30% раствор сульфата магния. При помощи клизмы с наконечником вводят в прямую кишку 50–70 мл раствора температуры 25–30°C. Послабляющий эффект обычно наступает через 20–30 мин, в течение которых ребенок должен лежать.

*Сифонные клизмы* ставят преимущественно в старшем возрасте. Показаниями к их применению являются необходимость очистки кишечника от каловых масс или ядовитых продуктов, попавших в кишечник в результате отравления химическими или растительными ядами. При постановке «высоких» клизм необходимо помнить о таком грозном осложнении, как каловая интоксикация, возникающая при несвоевременной эвакуации введенной жидкости. Сифонную клизму ставят под контролем врача.

*Лекарственные клизмы* применяют при невозможности введения лекарственных средств через рот или

Допустимый разовый объем жидкости	
Возраст ребенка	Объем жидкости, мл
1–5 мес	30–60
6–12 мес	120–180
1–2 года	до 200
3–5 лет	до 300
6–11 лет	до 400
12–14 лет	500 и более

для местного воздействия. Их ставят через 10–15 мин после очистительной клизмы или акта дефекации. Поскольку все лекарственные клизмы являются микроклизмами, используют обычный 20-граммовый шприц или резиновый баллон-«грушу» вместимостью 50–100 мл. Вводимое лекарственное средство должно иметь температуру 40–41°C, так как при более низкой температуре возникает позыв на дефекацию. Объем лекарственных клизм определяется возрастом: детям первых 5 лет жизни вводят 20–25 мл, от 5 до 10 лет – до 50 мл, больным старше 10 лет – до 75 мл.

Варианты лечебных клизм: крахмальные (1 чайная ложка на 100 мл воды); из ромашки (15 г ромашки кипятят 2 мин в 250 мл воды, остужают до 40–41°C, процеживают); из масла облепихи, шиповника. Для «пептизации» или растворения каловых масс в ампулу прямой кишки вводят «Микролакс». Он представляет собой густую жидкость, мало отличающуюся от мази; 5 мл его находится в тубике со специальным гибким наконечником. Небольшой объем вводимого в прямую кишку состава определяет простоту и гигиеничность метода. При судорогах и сильном возбуждении показаны хлоралгидратовые клизмы с 2% раствором хлоралгидрата.

**Газоотведение** – частая процедура у новорожденных и детей раннего возраста. Однако она используется и у более старших детей при заболеваниях кишечника, сопровождающихся метеоризмом и замедленным выведением газов. Перед проведением процедуры ставят очистительную клизму. Газоотводная трубка диаметром 3–5 мм имеет длину 30–50 см. Конец трубки предварительно смазывают вазелиновым маслом и вращательным движением вводят в прямую кишку как можно выше, чтобы наружный конец трубки выступал из заднего прохода на 10–15 см. Трубку оставляют на 20–30 мин, в редких случаях – дольше. Процедуру можно повторить через 3–4 ч. Газоотводную трубку тщательно моют теплой водой с мылом, вытирают и стерилизуют кипячением.

**Промывание желудка** используют с лечебной или диагностической целью, а также для удаления из желудка недоброкачественной пищи, попавших в организм ребенка ядохимикатов, лекарственных средств, токсинов бактериального и растительного происхождения. Для процедуры нужны желудочный зонд с двумя отверстиями на боковых стенках и воронка (заранее простерилизованные), а также таз. У детей старшего возраста применяют толстый зонд длиной 70–100 см и диаметром 3–5 мм. Чтобы ориентировочно определить длину зонда, вводимого в желудок, у ребенка измеряют расстояние от переносицы до пупка или применяют формулу: 20+n, где n – возраст ребенка. Результат определяется в сантиметрах.

После введения зонда в желудок к наружному его концу присоединяют стеклянную воронку вместимостью около 500 мл и наполняют ее приготовленной для промывания жидкостью: водой, 2% раствором бикарбоната натрия или светло-розовым раствором перманганата калия комнатной температуры. Используя принцип сифона, воронку поднимают вверх и вводят жидкость в желудок. Когда жидкость дойдет до горла воронки, ее опускают ниже уровня желудка и ждут, пока из зонда через воронку желудочное содержимое выльется в таз. Воронку вновь заполняют чистой водой и повторяют процедуру до получения чистых промывных вод. Детям раннего возраста жидкость через зонд в желудок лучше вводить с помощью 20-граммового шприца.

После окончания процедуры снимают воронку и извлекают зонд. Воронку и зонд промывают сильной струей горячей воды, а затем стерилизуют. При необходимости собранные промывные воды отправляют для лабораторного исследования.

**Сбор кала на анализ.** Для копрологического исследования фекалии, полученные при самостоятельной дефекации, помещают в одноразовый пластмассовый стаканчик (к нему обычно прилагают специальный шпатель, вделанный в пробку) или чистую, сухую, не пропускающую влагу, посуду и доставляют в лабораторию сразу или спустя 8–12 ч при условии хранения в течение этого времени в холодильнике при температуре 3–4°C. Нельзя исследовать кал после клизмы, применения ректальных свечей, приема слабительных, а также препаратов железа, висмута, пилокарпина и некоторых средств. Кал не должен содержать посторонние примеси – мочу, дезинфицирующие вещества.

При исследовании кала на яйца глистов и лямблии ребенка высаживают на предварительно обработанный кипятком горшок. Кал для анализа берут из разных порций деревянной или стеклянной палочкой и помещают в банку. В лабораторию материал доставляют в течение 30 мин с момента взятия анализа. При подозрении на энтеробиоз делают соскоб деревянной лопаточкой со складок вокруг заднего прохода. Полученный материал переносят на предметное стекло в каплю 50% раствора глицерина или изотонического раствора хлорида натрия. Кал для обнаружения кишечной группы и дизентерийного носительства берут трубочкой Циманна с пеленки или из горшка после акта дефекации. Трубочку опускают в стерильную пробирку с питательной средой, закрывают стерильной марлевой пробкой и отправляют в лабораторию.

**Терапевтический тюбаж** – лечение минеральной водой в сочетании с тепловым воздействием на область печени. Для выполнения процедуры требуются минеральная вода средней минерализации («Смирновская», «Славяновская», «Донат», «Ессентуки»-4) и грелка. Заранее, с вечера, бутылку открывают, чтобы удалить газ. Перед процедурой воду подогревают в водяной бане до температуры 35–42°C. Детям до 7 лет достаточно половины стакана (но не менее 50 мл воды), более старшим – целый стакан.

Грелка может быть водной и электрической. Главное, чтобы тепло было ровным и приятным. Горячую грелку обертывают полотенцем.

Тюбаж выполняют утром натощак, когда ребенок уже проснулся, но не встал с постели. Он должен выпить теплую минеральную воду и лечь на правый бок. Ноги либо согнуты в коленях, либо приподняты (под них подкладывают одеяло). Подушка под головой – плоская. Грелку помещают в область правого подреберья, процедура длится 40–60 мин.

**Ректальное введение свечей.** Свечу с лекарственным средством вводят в прямую кишку обычно на ночь (после самостоятельного опорожнения кишечника или после очистительной клизмы) или утром. Если в палате находятся другие дети, больного надо отгородить ширмой. Перед процедурой надевают перчатки. Ребенка укладывают на бок с согнутыми в коленях ногами, просят расслабиться и полежать. Далее, разорвав контурную упаковку по насечке, извлекают суппозиторий. Перед применением свечу смачивают водой комнатной температуры, что облегчает введение свечи и ее дальнейшее рассасывание. Одной рукой разводят ягодицы, а другой вводят суппозиторий в анальное отверстие. После введения свечи ребенку предлагают полежать в удобной для него позе, лучше – на боку, в течение 15–20 мин. Медсестра снимает перчатки, убирает ширму, фиксирует процедуру в документации и в течение нескольких часов следит за самочувствием ребенка, наличием дефекации.

Ректальные суппозитории используют для лечения у детей анальных трещин, проктосигмоидитов, воспалительных явлений в послеоперационном периоде, острых кишечных заболеваний с поражением толстой кишки. Некоторые препараты вводят курсами длительностью 7–14 дней (например, альгинат натрия – альгинатол – или свечи с облепихой). Детям от 1 года до 4 лет назначают по 1 суппозиторию 2 раза в сутки, детям старше 4 лет – по 1 суппозиторию 2–3 раза в сутки.

**Подготовка детей к рентгенологическому и интроскопическому обследованию.** В условиях специализированного гастроэнтерологического отделения медсестра готовит детей к инструментальному обследованию, необходимым для постановки диагноза и назначения правильного лечения. Наибольшее значение в настоящее время имеют рентгенологический, эндоскопический и ультразвуковой методы исследования.

При плановом **рентгенологическом исследовании желудка и тонкой кишки** за 2–3 дня из рациона исключают продукты, способствующие газообразованию и вызывающие метеоризм: черный хлеб, картофель, бобовые, квашеную капусту, молоко, большое количество фруктов. Накануне исследования ребенку дают ужин не позже 20 ч. Утром в день исследования больной не должен пить и есть. Накануне, вечером, и утром в день исследования (не позже чем за 2 ч до его начала) ставят очистительную клизму. При повышенном газообразовании клизму повторяют за 30 мин до исследования. В экстренных случаях (подозрение на кишечную непроходимость, кровотечение и т.п.) подготовка к рентгенологическому исследованию верхних отделов пищеварительного тракта не проводится.

**Рентгенологическое исследование толстой кишки** проводят спустя 24 ч после введения через рот контрастного вещества. Такой осмотр толстой кишки не требует специальной подготовки. Другим способом иссле-

дования является ирригоскопия, когда толстую кишку заполняют бариевой взвесью через прямую кишку. В течение 2–3 дней до процедуры исключают из рациона продукты, вызывающие газообразование, особенно фрукты, овощи и молоко. При наличии упорного метеоризма ребенку дают 3 раза в день настой ромашки, после ужина ставят газоотводную трубку. Накануне ирригоскопии перед обедом больной принимает эндофальк или фосфосоду (флит), при их отсутствии – касторовое масло (5–15 г – в зависимости от возраста), вечером, с интервалом в 1 ч, ему дважды ставят очистительную клизму. Утром дают легкий завтрак и дважды с перерывом в 30 мин делают очистительные клизмы. При необходимости за 1 ч до исследования вставляют газоотводную трубку.

Подготовка ребенка к **эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭФГДС)** заключается в том, что утром в день исследования нельзя есть и пить. В экстренных случаях, например при желудочно-кишечном кровотечении или попадании инородного тела внутрь, ЭФГДС выполняют без учета приема пищи ребенком. Прием пищи разрешен через 1 ч после процедуры.

При плановой **колоноскопии** подготовку начинают за 2–3 дня, при этом важно добиться спокойного и позитивного отношения к процедуре. Назначают аглиадиную или безшлаковую диету, состоящую из мяса, рыбы, белкового омлета. Можно употреблять сыр, творог, кефир, бульоны без овощей, чай, сухари, каши без молока. Накануне исследования после обеда дают касторовое масло, вечером дважды, с интервалом в 1–1,5 ч, ставят очистительную клизму. Ужин разрешают детям младшего возраста, страдающим сахарным диабетом и тяжелыми формами нарушенного кишечного всасывания. Утром за 1–2 ч до колонофиброскопии ставят очистительную клизму, после которой детям с метеоризмом ставят газоотводную трубку на 10–15 мин. Для подростков вариантом подготовки к исследованию может быть назначение эндофалька per os (назогастрально) по схеме: 200 мл каждые 10 мин или около 1 л в час. Обычно принимают до 3 л свежеприготовленного раствора вечером или за 4 ч до проведения колоноскопии.

У детей старшего возраста используют флит, 1 флакон, или 45 мл, фосфосоду растворяют в половине стакана воды и выпивают в 19 ч вечера накануне; дополнительно предлагается выпить стакан воды; всю манипуляцию повторяют в 7 ч утра в день исследования. При необходимости по экстренным показаниям, в случае желудочно-кишечного кровотечения, колонофиброскопию выполняют без подготовки.

Подготовка к **ректороманоскопии** заключается в применении очистительной клизмы вечером и утром перед исследованием. В случае упорных запоров в течение нескольких дней дают солевые слабительные (15% раствор сульфата магния по 0,5–1,0 столовой ложки 3 раза в день), ежедневно ставят клизмы.

Основная часть подготовки к **капсульной эндоскопии** – голодание. Нельзя принимать пищу за 8 ч до начала исследования и в течение 2 ч после приема капсулы. Далее, во время проведения исследования, которое занимает примерно 8 ч, образ жизни – обычный: ребенок может играть, читать, принимать пищу и т.д.

Видеокапсула – маленькая, цилиндрической формы «таблетка» из биополимера (не претерпевает изменений в ЖКТ), размером 11 x 26 мм; глотается она как обычная таблетка. Медсестра надевает на пациента пояс с регистрирующим устройством и 8 датчиков, которые прикрепляют на определенные точки живота по специальному шаблону. Капсула продвигается по пищеварительному тракту благодаря перистальтике и выходит из организма естественным путем. Во время продвижения капсулы осуществляется видеосъемка с частотой 2 кадра в секунду. Полученная информация через сенсоры передается на записывающее устройство.

Эндоскопическое исследование с использованием видеокапсулы имеет ограничения: не применяется у больных с подозрением на кишечную непроходимость, при наличии водителя сердечного ритма и других электромеханических имплантатов. Пациент не должен во время обследования находиться вблизи мощных источников электромагнитного излучения (магнитно-резонансный томограф) из-за возможности повреждения пищеварительной трубки и самой капсулы.

Подготовка к **ультразвуковому исследованию органов брюшной полости** осуществляется с целью уменьшения метеоризма; она предусматривает 2-дневное соблюдение диеты с ограничением продуктов, содержащих значительное количество клетчатки (черный хлеб, бобовые, сырые овощи и фрукты и пр.), и по показаниям – молока. Накануне назначают карболен (от 3 до 5 таблеток в сутки), полифепан (1/2 чайной ложки гранул заливают 1/4 стакана воды), белый уголь, полиферментные препараты. Схема применения симетикона (эспумизан) для ребенка школьного возраста: 2 капсулы 3 раза в день накануне и 2 капсулы утром в день исследования. Исследование проводят утром строго натощак. Очистительную клизму ставят по назначению врача, обычно – непосредственно в день исследования.

Детей до 3 лет не обязательно обследовать в утренние часы. Обычно достаточно выдержать их на «голодном пайке», т.е. после последнего приема пищи должно пройти 3–4 ч, у детей 3–6 лет – 4–5 ч, старше 6 лет – не менее 6 ч.

### **Особенности проведения рациональной фармакотерапии**

Детская гастроэнтерология располагает огромным арсеналом лечебных препаратов, каждый из которых назначают с соблюдением определенных правил, в связи с чем необходим постоянный тренинг медперсонала, так как возможны достаточно грубые ошибки, касающиеся не только доз (прерогатива врача), но и техники введения. Например, при проведении дегельминтизации такими средствами, как мебендазол (вермокс) или альбендазол, препараты надо давать после еды, запивать водой; их нельзя разжевывать. Обычно капсулы и таблетки не вскрывают и не делят. Но если речь идет о биопрепаратах (линекс, аципол и др.), особенно у детей до 2 лет, наоборот, капсулу надо перед употреблением раскрыть. Содержимое капсул можно смешивать с водой, молоком, соком.

Другой принцип соблюдается при использовании мини-микросфер препарата креон. Капсулу делят на несколько доз или дают сразу несколько капсул, на-

пример при муковисцидозе, холестатическом поражении печени или циррозе печени. Однако капсула может содержать разные дозы препарата – 10000, 25000, 40000 ЕД активности по липазе. Еще сложнее схема применения лактазы «Бэби»: капсулу вскрывают, размешивают (подобранную дозу или всю дозу в 220 мг) в сцеженном грудном молоке и оставляют для ферментизации на 15 мин. Кормление начинают с этой подготовленной порции, а затем продолжают грудное кормление и т.д. Тилактазу (1–2 капсулы) растворяют в 1 л молока, помещают в холодильник и дают по мере необходимости и т.д.

Другой пример – лечение диареи. В детской практике широко применяется лоперамид гидрохлорид (имодиум) – синтетический аналог опиоидов. Лоперамид действует на рецепторы тонкой кишки, увеличивает активность циркулярных и продольных мышц кишечной стенки. Его дают после каждого акта дефекации, но не более 3 раз в сутки.

Многие препараты для детской гастроэнтерологической практики производят в виде серий с разной рецептурой, что обеспечивает целенаправленное воздействие на основные симптомы желудочно-кишечных заболеваний. Так, биокомплексы нормофлорины выпускаются в 3 вариантах – нормофлорин-А, -В и -Д. Существуют и варианты алмагеля (алмагель, алмагель А, алмагель Нео), бифистима (бифистим для детей от 1 года до 3 лет; от 3 до 12 лет и для взрослых). Все эти особенности должны строго фиксироваться, медицинский персонал обязан их знать.

В условиях детского гастроэнтерологического отделения большое значение придается так называемой эрадикационной схеме лечения детей с ассоциированными *Helicobacter pylori* (НР) заболеваниями, когда необходимо строго соблюдать сроки применения одновременно 3–4 препаратов. Эта проблема рассматривалась отдельно (Григорьев К.И. НР-ассоциированные заболевания и принципы семейной профилактики // Медицинская сестра. – 2003, № 4).

Достижения детской гастроэнтерологии очевидны, однако имеется и немало нерешенных задач. Очень многое зависит от внедрения протоколов обследования гастроэнтерологических больных и уровня подготовки медсестер. Применение ЭГДФС у детей, начиная с 70-х годов XX века, открыло возможность для широкого внедрения в педиатрическую практику других эндоскопических методов исследования: колонофиброскопии, интестиноскопии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, лапароскопии. С 80-х годов в практике утвердилось ультразвуковое исследование, потеснившее, а по существу и заменившее рентгенологическое исследование и дуоденальное зондирование, применявшиеся ранее для диагностики болезней би-

лиарного тракта у детей. В дальнейшем по показаниям стали назначаться такие методы медицинской интраскопии, как динамическая гепатобилисцинтиграфия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография.

Исключительное значение имеет уход за детьми с особенно тяжелыми формами заболеваний органов пищеварения – целиакией, синдромом малабсорбции, неспецифическим язвенным колитом, желчнокаменной болезнью и др. Большое научно-практическое значение имеет применение инновационных технологий диагностики и лечения гастроэнтерологических заболеваний у детей. Необходима дальнейшая разработка фармакологических средств, включая лекарственные, на базе нанотехнологий с возможностью локальной доставки активных компонентов к очагу патологии. Нужны «детские» формы многих препаратов. Актуальны разработка и внедрение в практику здравоохранения стационарозамещающих технологий, методов сестринской помощи, принципов первичной и вторичной профилактики заболеваний органов пищеварения у детей. Роль медсестер в организации и проведении этой работы трудно переоценить.

#### Рекомендуемая литература

- Василенко В.В. Тайны пищеварения. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 285 с.
- Григорьев К.И. Педиатрия. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 640 с.
- Запруднов А.М., Григорьев К.И. Общий уход за детьми. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 415 с.
- Лечение и рациональная фармакотерапия заболевания органов пищеварения у детей / Под ред. А.М. Запруднова. – М.: Миклош, 2010. – 320 с.
- Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2008. – 500 с.
- Островская И.В., Широкова Н.В. Основы сестринского дела. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 320 с.
- Саакян А.Г., Коновалов И.И. Работа медицинской сестры желудочно-кишечного санатория. – М.: Медицина, 1982. – 158 с.
- Щербakov П.Л. Новые технологии обработки и дезинфекции эндоскопов // Медицинская сестра. – 2006; 2: 39–42.

#### THERAPEUTIC CARE OF CHILDREN WITH GASTROENTEROLOGICAL DISEASES

Professor K.I. Grigoryev, cand. of Med. sci,  
A.L. Solovyeva  
N.I. Pirogov Russian State Medical University  
k-i-grigoryev@yandex.ru

**Information on care of patients with gastroenterological diseases is given.**

**Key words:** therapeutic care, digestive diseases, children, treatment regimen.

#### Дорогие читатели!

Редакция журнала «Медицинская сестра» просит вас ответить на следующие вопросы:

1. Какие темы вам наиболее интересны?
2. Какие номера 2009 г. и уже вышедшие в 2010 г. вам понравились больше всего?
3. Какой материал из опубликованных за указанный период привлек наибольшее внимание?
4. Что бы вы хотели прочесть в ближайших номерах?

5. Какие профессиональные проблемы больше всего волнуют вас и ваших коллег?

Ответы можно присылать по электронной почте (medsestra@rusvrach.ru) с указанием № вопроса.

**Наш новый адрес:** 119048, Москва, ул. Усачева, д. 11, строение 1-г, офис 706.