

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kursovaya-rabota/448601>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Медицина

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С РАХИТОМ 7

1.1 Общая характеристика заболевания 7

1.1.1 Классификация 7

1.1.2 Этиология и патогенез 9

1.1.3 Симптомы 10

1.1.4 Факторы риска 11

1.1.5 Осложнения 12

1.1.5.1 Внекостные осложнения 12

1.1.5.2 Имунные осложнения рахита 13

1.1.6 Диагностика 14

1.1.7 Профилактика 14

1.2. Теоретические аспекты организации сестринского ухода за пациентом с рахитом в формате диагностической, лечебной, профилактической деятельности 16

1.2.1 Диагностическая деятельность 16

1.2.2 Лечебная деятельность 18

1.2.3 Профилактическая деятельность 20

1.2.3.1 Антенатальная профилактика 20

1.2.3.2 Постнатальная профилактика рахита 22

ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ УЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ РАХИТЕ 24

2.1 Оценка роли медицинской сестры при профилактическом процессе при рахите 25

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 33

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 35

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ПО ТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАХИТА 37

Рахит — это системное заболевание костей, вызванное дефицитом витамина D, кальция и фосфора. Хотя сегодня рахит наблюдается реже благодаря профилактике и лечению, это состояние все же остается важной проблемой, особенно у детей.

Актуальность темы обусловлена тем, что рахит и рахитоподобные заболевания являются актуальной проблемой в настоящее время и остаются не только педиатрической, но и медико-социальной проблемой, так как имеют серьезные последствия, а также не выяснены многие звенья патогенеза, возникают трудности в диагностике, а существующие методы лечения зачастую неэффективны.

В большинстве случаев заболевание может привести к снижению иммунитета, задержке психоневрологического и физического развития. Профилактическое направление характеризует всю медицину, оно должно быть основной деятельностью каждого детского врача и медсестры. Данная патология актуальна ввиду высокой распространенности (55-66% детей), отсутствия должной профилактики из-за недостаточной образованности молодых родителей в воспитании и обучении ребенка здоровому образу жизни.

Основной причиной рахита во всем мире является дефицит солнечного витамина D и/или дефицит пищевого кальция, которые в совокупности называются пищевым рахитом.

Дефицит витамина D преобладает в странах высоких широт в группах риска (темная кожа, ограниченное пребывание на солнце, младенцы, беременные и кормящие женщины), но появляется в некоторых тропических странах из-за поведения избегания солнца. Дефицит кальция преобладает в тропических странах, особенно среди недоедающего населения[17].

Пищевой рахит может иметь разрушительные последствия для здоровья, помимо деформаций костей (опухшие запястья и голеностопные суставы, рахитические четки, мягкий череп, задержка роста и искривление) и включать опасные для жизни гипокальциемические осложнения в виде судорог и, в

младенчестве, сердечную недостаточность из-за дилатационной кардиомиопатии. У детей диагноз рахита (всегда связанного с остеомалацией) подтверждается на рентгенограммах (купирование и расширение метафизов) и его следует заподозрить у лиц высокого риска с вышеуказанными клиническими проявлениями при наличии отклонений биохимии крови (высокий уровень щелочной фосфатазы и паратгормона), низкий уровень 25-гидроксивитамина D и кальция и/или низкий уровень фосфатов). У взрослых и подростков с закрытыми пластинками роста остеомалация проявляется неспецифическими симптомами (утомляемость, недомогание и мышечная слабость) и аномальными биохимическими показателями крови, но только в крайних случаях сочетается с рентгенологическими признаками переломов зоны Лузера. Лечение включает в себя высокие дозы холекальциферола или эргокальциферола ежедневно в течение минимум 12 недель или стосс-терапию в исключительных случаях, за каждым из которых следует пожизненный поддерживающий прием добавок. Кроме того, следует обеспечить адекватное поступление кальция с помощью диеты или добавок. Профилактические подходы должны быть адаптированы к потребностям населения и включать несколько стратегий, включая целевое добавление витамина D группам риска и обогащение продуктов питания витамином D и/или кальцием. С экономической точки зрения обогащение продуктов питания, безусловно, является наиболее экономически эффективным путем вперед[18].

Недостаток витамина D у детей может возникнуть из-за недостаточного приема пищи, недостаточного выдерживания на солнце, а также из-за различных заболеваний или нарушений пищеварения. Поэтому для предотвращения рахита важно обеспечить детей правильным питанием, включающим продукты, богатые витамином D, а также проводить профилактические мероприятия. Вмешательство вовремя помогает избежать серьезных последствий, связанных с развитием этого заболевания.

Объект исследования: процесс организации учебно-профилактической деятельности медицинской сестры по отношению к пациентам с рахитом.

Предмет исследования: особенность организации и осуществления учебно-профилактической деятельности медицинской сестры за пациентами с рахитом как основы обеспечения качества жизни пациента.

Цель исследования: изучение закономерности системного подхода и организации учебно-профилактической деятельности медицинской сестры за пациентами с рахитом.

Задачи исследования:

- 1) Изучить современную учебную литературу, посвященную заболеванию рахит;
- 2) Изучить современные аспекты организации ухода за пациентами с рахитом в формате диагностической, лечебной, профилактической, деятельности;
- 3) Составить анкету по профилактике рахита, проанализировать полученные результаты анкетирования.

Методы исследования:

- 1) Теоретический;
- 2) Исторический;
- 3) Аналитический;
- 4) Логический: анализ полученных данных.

Структура работы: введение, 2 главы, заключение, список используемых источников, приложения.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С РАХИТОМ

1.1 Общая характеристика заболевания

Рахит — нарушение минерализации растущей кости, обусловленное временным несоответствием между потребностями растущего организма в фосфатах и кальции и недостаточностью систем, обеспечивающих их доставку в организм ребенка. При этом нарушается дифференциация хондроцитов и минерализация зоны роста, со стороны костной системы ребенка развиваются признаки остеомалации или остеонной гиперплазии, типичная рентгенологическая картина рахита — это в основном нарушение минерализации метафизов (метафизарный рахит)[4].

Костная ткань является динамичной системой, в которой на протяжении жизни человека одновременно протекают процессы разрушения старой кости и образования новой, что составляет цикл ремоделирования костной ткани.

В детском возрасте кость подвергается особенно интенсивному ремоделированию. В первые месяцы и годы жизни, наряду с быстрым ростом костного скелета, происходит многократная перестройка структуры костной ткани — от грубоволокнистого строения до пластинчатой кости с вторичными гаверсовыми структурами.

1.1.1 Классификация

С увеличением количества открытий генов, участвующих в метаболизме витамина D и регуляции гомеостаза кальция и фосфатов, в настоящее время распознается все большее число генетических форм рахита.

По характеру нарушения минерального обмена выделяют:

1) Кальципенический рахит.

Решающее значение для оптимального ремоделирования и роста кости имеет обеспеченность организма кальцием.

При этом варианте в костях преобладают процессы остеомалиции и симптомы повышенной возбудимости (тремор рук, нарушение сна, немотивированное беспокойство). Выявляют выраженные изменения со стороны вегетативной нервной системы (повышенная потливость, тахикардия, белый дермографизм). В биохимическом анализе крови находят высокую концентрацию паратгормона и снижение концентрации кальцитонина, значительное снижение уровня кальция в сыворотке крови и эритроцитах[3].

1. Ержанова Г.Е. Рахит у детей // Вестник КазНМУ. – 2014. – №4. – с.83-85.
2. Захарова И.Н., Боровик Т.Э., Вахлова И.В., Горелов А.В., Гуменюк О.И., Гусев Е.И. и др. Национальная программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков Российской Федерации: современные подходы к коррекции». М.: ПедиатрЪ; 2018. 96 с.
3. Коровина Н.А. Нарушение фосфорно-кальциевого обмена у детей: учебное пособие /Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, А.В. Чебуркина // Москва. – 2015. – 49 с.
4. Мальцев С.В. Рахит у детей: причины, диагностика, лечение // ПМ. – 2017. – №5(106). – с.44-48.
5. Методика исследования здорового и больного ребенка: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 060103-Педиатрия / Башк. гос. мед. ун-т ; сост. Т. Б. Хайретдинова и др. - Уфа : Изд-во БГМУ, 2017.
6. Милькаманович В.К. Роль медицинской сестры на современном этапе развития здравоохранения / Милькаманович В.К. // Медицинские новости. - 2015. - №12 (255). - С.68-70.
7. Национальная Программа «Недостаточность витамина D у детей и подростков РФ: современные подходы к коррекции (проект), Москва, 2017.
8. Пигарова Е.А. Влияние витамина D на иммунную систему / Пигарова Е.А., Плещева А.В., Дзеранова Л.К. // Иммунология. – 2015. – 36(1). – с.62-66.
9. Пигарова Е.А. Рахит нашего времени: современная диагностика и лечение // МС. - 2020. - №18. – с.14-20.
10. Хлебовец Н. И. Рахит: лечение и профилактика // Журнал ГрГМУ. – 2011. – №4 (36). – с.90-92.
11. Черная, Н. Л. Участковый педиатр. Профилактическая медицинская помощь / Н.Л. Черная. - М.: Феникс, 2019. - 288 с.
12. Bhattoa H.P. Vitamin D: musculoskeletal health / Bhattoa H.P., Konstantynowicz J., Laszcz N. et al. // Rev Endocr Metab Disord. – 2017. – 18(3). – p.363–371.
13. Cashman K.D. Standardizing serum 25-hydroxyvitamin D data from four Nordic population samples using the Vitamin D Standardization Program protocols: Shedding new light on vitamin D status in Nordic individuals / Cashman K.D., Dowling K.G., Skrabakova Z., et al.// Scand J Clin Lab Invest. – 2015. – 75. – p.549-561.
14. Elidrissy A.T. Rachitic hypocalcemic cardiomyopathy in an infants / Elidrissy A.T., Alharbi K.M., Mufid M., AlMezen I. // J Saudi Heart Assoc. – 2017. – 29(2). – p.143-147.
15. Haffner D. Rickets guidance: part I-diagnostic workup / Haffner D., Leifheit-Nestler M., Grund A., Schnabel D. // Pediatr Nephrol. – 2022. – 37(9). – p.2013-2036.
16. Munns C.F. Global consensus recommendations on prevention and management of nutritional rickets / Munns C.F., Shaw N., Kiely M. et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 2016. – 101(2). – p.394-415.
17. Thacher T. D., Pludowski P., Shaw N. J., Mughal M. Z., Munns C. F., Högl W. Nutritional rickets in immigrant and refugee children. Public Health Reviews. – 2016. – 37(1).
18. Uday S. Nutritional rickets & osteomalacia: A practical approach to management / Uday S., Högl W. // Indian J Med Res. – 2020. – 152(4). – p. 356-367.
19. Yilmaz O. Dilated cardiomyopathy secondary to rickets-related hypocalcaemia: eight case reports and a review of the literature / Yilmaz O., Olgun H., Ciftel M., Kilic O., Kartal I., Iskenderoglu N.Y. et al. // Cardiol Young. – 2015. – 25(2) – p. 261- 266.
20. Zerofsky M. Effects of early vitamin D deficiency rickets on bone and dental health, growth and immunity / Zerofsky M., Ryder M., Bhatia S., Stephensen C.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kurovaya-rabota/448601>