# Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга

# Санкт-Петербургское государственное бюджетное

# профессиональное образовательное учреждение

# «Медицинский колледж №1»

Курсовая работа

на тему

Авитаминоз и его последствия. Роль медицинской сестры при лечении авитаминоза

Выполнила: Студентка 4 курса

Салтыкова Светлана Вячеславовна

по специальности

«Сестринское дело»

Руководитель

Яковлева Лада Ивановна

Санкт-Петербург 2016

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы курсовой работы обусловлена тем, что в реалиях современной жизни проблема авитаминоза распространена достаточно широко. Рост населения городов, ухудшение экологической обстановки в целом, стремительный темп жизни, различные стрессовые ситуации - все это приводит к повышенному износу нашего организма и способствует развитию различных авитаминозов. Витамины, являясь активными регуляторами обмена веществ, разносторонне влияют на всю жизнедеятельность нашего организма. Они участвуют в развитии клеток, тканей и органов, а также регулируют их сопротивляемость к инфекциям и неблагоприятным факторам внешней среды, помогают в период восстановления после различных заболеваний (инфекционных, после операций). Значительная часть населения (особенно зимой и весной) страдает от скрытой витаминной недостаточности и нуждается в использовании поливитаминных препаратов или витаминизированных продуктов. Часто, человек, в меру своей занятости, пренебрегает посещением врача и занимается самолечением, самостоятельно принимая решение, какой витаминный комплекс следует принять в данный момент времени, не осознавая, в полной мере, всех возможных последствий своих действий.

Цель курсовой работы: систематизация знаний о витаминах и авитаминозах и определении роли медицинской сестры при их лечении.

Для достижения указанной цели в курсовой работе решаются следующие задачи:

. Раскрыть понятие «витамины», определить их роль в организме.

. Рассмотреть классификацию витаминов, влияние конкретного витамина на организм.

. Раскрыть понятие «авитаминоз», проанализировать последствия различных авитаминозов на организм человека.

. Определить роль медицинской сестры при лечении авитаминозов.

Методы исследования. В курсовой работе применяются такие методы исследования, как наблюдение, описание, анализ, поиск.

Структура курсовой работы. Курсовая работа включает в себя введение, 2 раздела и 8 подразделов в них, в которых решаются поставленные исследовательские задачи, заключение список источников и литературы.

Перспективы исследования данной проблемы состоят в необходимости: а) более подробного рассмотрения влияния витаминов на организм человека; б) определении роли медсестры при лечении авитаминоза.

Глава 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ И ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ВИТАМИНОВ

.1 Понятие о витаминах

Слова «Витамины - источник здоровья» знакомы нам с детства, и мы настолько привыкли к ним, что перестаем придавать им значение. А напрасно! Ведь на самом деле без витаминов обеспечить полноценное здоровье совершенно невозможно. Кто весной не испытывал быструю утомляемость и сонливость? Наверное, многие замечали, что в этот период люди чаще страдают от головных болей, головокружений, простудных заболеваний, болезней желудочно-кишечного тракта. Все это в значительной мере обусловлено недостатком весной некоторых витаминов, особенно витамин С, который в значительных количествах содержится в свежих овощах и фруктах.

За лето и осень организм в определенной степени насыщается витаминами. За зимние месяцы, если не было необходимого дополнительного поступления, эти запасы истощаются, и наступает так называемый авитаминоз, т.е. недостаточность одного или нескольких витаминов в организме человека.

Витамины - низкомолекулярные органические соединения с высокой биологической активностью, которые не синтезируются (или синтезируются в незначительном количестве) в организме и необходимы для нормальной жизнедеятельности. В настоящее время известно около 30 витаминов, 20 из которых поступают в организм с растительной и животной пищей.

Таким образом, в данном подразделе мы выяснили, что для нормальной жизнедеятельности любого живого организма необходимо достаточное наличие и разнообразие витаминов в организме, способствующих его полноценному функционированию.

1.2 История открытия витаминов. Авитаминозы как предпосылки открытия витаминов

авитаминоз профилактика витамин недостаточность

До конца XIX века наши предки даже не догадывались о существовании витаминов. Считалось, что наличие в продуктах питания белков, жиров, углеводов, минеральных солей и воды достаточно для нормальной работы организма. Научные авторитеты того времени такие, как Макс Рубнер, Карл Фойт и Макс Петтенкофер, также поддерживали данную теорию. Однако на практике дела обстояли совсем иначе.

С древних времен люди страдали от классических авитаминозов, таких как цинга, куриная слепота, пеллагра, бери - бери, рахит. Эти специфические заболевания были вызваны недостатком или полным отсутствием в пище особых веществ, ныне называемых витаминами. Чаще всего авитаминозам подвергались мореплаватели, совершавшие длительные путешествия, участники экспедиций, военные, путешественники, заключенные, жители осадных городов. Как правило, в их рационе питания не хватало свежих овощей, фруктов, мяса.

Знаменитая экспедиция в Индию под руководством Васко де Гама завершилась тем, что 100 человек из 160 заболело и скончалось от цинги. Команда Магеллана также страдала от этой болезни.

Несмотря на это ученые и медики тех времен считали, что причинами авитаминозов являются токсины, пищевые яды и инфекции, а не нехватка витаминов в пищевом рационе. Так продолжалось вплоть до конца XIX века.

В 1330 году, в Пекине, придворный медик и диетолог Ху Сыхуэй опубликовал трехтомный труд «Важные принципы пищи и напитков», в котором указал на необходимость комбинировать различные продукты питания в ежедневном рационе для поддержания крепкого здоровья.

Первым, кто установил, что в продуктах питания помимо белков, жиров, углеводов, минеральных солей и воды содержатся другие пищевые факторы, необходимые для жизни, был русский врач и биохимик Николай Иванович Лунин из Тартуского университета. В 1880 году Лунин проводил эксперименты на мышах. Были взяты две группы мышей. Одних Николай Иванович кормил искусственным молоком, которое состояло исключительно из казеина (молочного белка), жира, молочного сахара, минеральных солей и воды. Мыши, питающиеся таким молоком, вскоре начинали терять в весе и погибали. Мыши из другой группы, которым давали в пищу натуральное молоко, росли здоровыми и крепкими. На основании полученных данных Лунин сделал следующий вывод: «…если, как вышеупомянутые опыты учат, невозможно обеспечить жизнь белками, жирами, сахаром, солями и водой, то из этого следует, что в молоке, помимо казеина, жира, молочного сахара и солей, содержатся еще другие вещества, незаменимые для питания. Представляет большой интерес исследовать эти вещества и изучить их значение для питания». Это было первое серьезное открытие, витаминов! Однако научный мир не принял всерьез заключение русского ученого.

Опыты Христиана Эйкмана, следующий шаг в истории открытия витаминов был сделан нидерландским врачом и бактериологом Христианом Эйкманом. В 1886 году Эйкман отправился в тюремный госпиталь на остров Ява, с целью изучить причину болезни бери - бери, которая уносила сотни тысяч жизней. В основном это заболевание было характерно для жителей Японии и Юго-Восточной Азии.

Бери - бери (в переводе с сингальского «крайняя слабость», паралич) - авитаминоз, вызванный недостатком В1 (тиамина).

Было отмечено, что тюремные заключенные, которых кормили очищенным рисом, заболели, бери - бери в среднем один человек из 40. Тогда как среди людей, употреблявших в пищу неочищенный рис, болезни подвергались всего один человек из 10 000. Принимая во внимание данные результаты, Христиан Эйкман сделал вывод, что в рисовой шелухе содержится неизвестное вещество, способное предупреждать полиневрит (бери - бери). Вместе с помощниками ученый выделил данное соединение из шелухи водой. Далее он заметил, что молекулы обнаруженного вещества настолько малы, что проходят сквозь мембрану, через которую не способны проникать белки.

В то же время такие ученые, как голландский диетолог К.А. Пекельхаринг, английский биохимик Фредерик Хопкинс и другие, также провели ряд экспериментов, в ходе которых сделали вывод, что в молочном белке (казеине) содержится вещество, необходимое для роста и развития организма (Фредерик Хопкинс в 1929 году был удостоен Нобелевской премии вместе с Эйкманом). Однако вопрос о том, что это за вещество и какую структуру оно имеет, оставался открытым до тех пор пока …

В 1911 году польский биохимик Казимир Функ выделил путем химического анализа из рисовых отрубей кристаллическое соединение (в настоящее время именуемое, как витамин В1 или тиамин), которое предотвращало заболевание бери - бери. Позже ученый получил его из дрожжей и других продуктов. Обнаруженное вещество было устойчиво к действию кислот (выдерживало кипячение 20% - ным раствором серной кислоты), однако быстро разрушалось в щелочной среде. По своей химической природе данное соединение относилось группе органических веществ и содержало азот в составе аминогруппы NH2.

В 1912 году Функ назвал это вещество «витамином» или «жизненным амином» (в переводе с латинского «vita» - жизнь, «amini» - амины, азотистые соединения).Кроме того Казимир Функ впервые ввел понятие «авитаминоз», «гиповитаминоз» и «полигиповитаминоз». Также он предположил, что причиной таких заболеваний, как цинга, бери - бери, пеллагра, рахит, куриная слепота, является отсутствие в пище одного из «жизненных аминов». Несмотря на то, что не все витамины содержат аминогруппу NH2, термин «витамины» прочно обосновался в научном мире и используется до сих пор.«Жирорастворимый фактор А» и «водорастворимые факторы В, С и РР».В 1913 году американские биохимики Элмер Вернер Макколлум и Маргарита Дэвис выделили из сливочного масла и яичного желтка вещество, которое плохо растворялось в воде, зато хорошо в жирах. Макколлум назвал его «жирорастворимым фактором А», а «витамин» Функа, предупреждающий бери - бери - «водорастворимым фактором В».

Фактором называли неизвестное по химическому строению вещество, выполняющее конкретную функцию в живом организме.С тех пор подобные факторы стали обозначать буквами латинского алфавита. Далее были открыты еще два «водорастворимых фактора - С и РР. Первый против цинги, второй против пеллагры.

Джек Сесиль Драмонд - ученый, который ввел современную номенклатуру витаминов. В 1920 году английский биохимик Джек Сесиль Драмонд решил упорядочить номенклатуру витаминов. Он изменил название «жирорастворимый фактор А» на «витамин А», а «водорастворимые факторы В и С» соответственно на «витамин В» и «витамин С».

В дальнейшем витамин А стал считаться фактором, препятствующим сухости тканей, окружающих глаз: роговой оболочки и конъюнктивы. Данное заболевание носит название «ксерофтальмия» (в переводе с греческого «сухие глаза»).

Открытия витамина D . В 1920 году Макколум выделил из жира печени трески вещество, препятствующее рахиту (заболевание костей). Данное соединение было названо «витамином D». Таким образом, витамины А и D стали считаться жирорастворимыми, а витамины С и В водорастворимыми.

К 1930 году ученые выяснили, что витамин В включает в себя целый ряд веществ, каждый из которых имеет свои свойства и функции (например, витамины В1, В2, В3). Все они растворялись в воде. В дальнейшем учеными разных стран были открыты и другие витамины такие, как жирорастворимые витамины К и Е, водорастворимые витамины - пантотеновая кислота (витамин В5), пиридоксин (витамин В6), биотин (витамин Н), фолиевая кислота (витамин В9), цианокобаламин (витамин В12) и другие. Всего их насчитывалось около 30. Кроме того была установлена химическая структура витаминов, разработаны методы их получения. [2]

Таким образом, в данном подразделе нами установлено, что проблема авитаминоза беспокоила людей ещё с древних времен. Много времени пришлось провести ученым за трудами, чтобы определить, что же такое витамины и роль их влияния на организм.

1.3 Классификация витаминов

В настоящее время существует общепринятая классификация витаминов, в которой выделяются: жирорастворимые витамины (А,D,E,K), водорастворимые витамины (С, группы В, РР, Н, фолиевая кислота), витаминоподобные вещества (Р., U, липоевая кислота, миоинозит, холин, оротовая кислота ).

Жирорастворимые витамины.

ВитаминА (ретинол)способствует росту и развитию организма, дифференцировке тканей, процессов фоторецепции и репродукции, обеспечивает нормальную функцию эпителия слизистых и кожных покровов, повышает устойчивость организма к инфекциям. Суточная потребность взрослого человека в витамине А в среднем составляет 1.5 мг. Основным источником ретинола являются продукты животного происхождения: печень, сливочное масло, яичный желток, рыбий жир. В растениях морковь, плоды шиповника, виноград, свекла.

Витамин D (кальциферол) представляет собой целую группу витаминов (D2-эргокальциферол, D3-холикальциферол), образующихся из некоторых стеринов при облучении их ультрафиолетовыми лучами. Способствуют правильному росту костей ,предохраняет детей от развития рахита, ускоряет процессы заживления костной ткани при ее повреждений. Витамин D регулирует в организме обмен кальция и фосфора. Источником витамина D являются печень животных, в особенности печень рыб, молочные жиры, яичный желток. Суточная потребность в витамине D составляет 500-1000 индивидуальных единиц.

Витамин К1 (филлохинон) необходим для нормального свертывания крови, останавливает кровотечения, ускоряет заживление ран. В достаточном количестве витамин К1 содержится в рыльцах кукурузы, фруктах, злаковых, молоке, сыре, яйцах, цветной и кочанной капусте, плодах рябины. Потребность взрослого человека в витамине К1 составляет 120мкг в сутки.

Витамин Е (токоферол) является антиоксидантом (защищает различные вещества от окисления). Наиболее богаты токоферолом подсолнечное, кукурузное, хлопковое и другие растительные масла, яблоки, груши, плоды цитрусовых, некоторые овощи, печень, яйца, злаковые глубокого помола. Потребность взрослого человека в витамине Е составляет 10 мг в сутки.

Водорастворимые витамины.

Витамин С (аскорбиновая кислота ) - один из наиболее важных витаминов необходимых для нормальной жизнедеятельности организма. Аскорбиновая кислота в регулировании окислительно - восстановительных процессов и обмена веществ, повышает сопротивляемость организма к инфекциям, нормализует проницаемость сосудов, оказывает детоксицирующее действие. Особенно выраженный эффект она дает в сочетании с другими витаминами. В настоящее время в очень больших количествах этот витамин получается синтетическим путем.

Витамин С очень не стоек и быстро разрушается под влиянием ферментов, содержащихся в тех же продуктах в том или ином количестве. Суточная потребность взрослого человека в этом витамине составляет 70-100 мг. Наибольшее количество аскорбиновой кислоты содержится в плодах шиповника и черной смородины ( при сушке сохраняют практически 100 % этого витамина ), облепихи, хвое, ели, сосны, пихты, зеленый лук, яблоке, землянике.

Витамин В1(тиамин) участвует в организме в углеводном обмене, а также нормализующее влияет на работу нервной системы. Наиболее богаты тиамином зародыши пшеницы, картофель, капуста, помидоры, морковь, свинина и телятина. Суточная потребность в витамине В1 составляет около 2,5 мг.

Витамин В2 (рибофлавин)является одной из важнейших составляющих окислительно-восстановительных ферментов; участвует в построении зрительного пурпура, защищая сетчатку от избыточного воздействия ультрафиолетовых лучей. В большом количестве содержится в пивных и хлебных дрожжах, квашеных овощах, молоке и молочных продуктах, мясе, рыбе, яйцах, печени, гречневой и овсяной крупах. Суточная потребность в этом витамине - 3мг.

Витамин В3 (пантотеновая кислота)содержится в пивных и хлебных дрожжах, зерновых продуктах, некоторых овощах. Участвует в процессах обмена веществ в организме.

Витамин В6 (пиридоксин) образуется в организме и входит в состав ферментов, участвующих в обмене аминокислот. Содержится пиридоксин в неочищенных зернах злаковых культур, стручках фасоли, гороха, печень, мясо, овощи. Суточная потребность колеблется в пределах 2-2,5мг.

Витамин В12 (цианкобаламин) играет в организме человека очень важную роль. Для всасывания этого витамина в кишечнике необходим особый белковый фактор, синтезируемый слизистой оболочкой желудка - внутренний фактор Касла. Цианкобаламин содержится в некоторых видах рыб, мясе, яичном желтке, сыре, продуктах моря. Суточная потребность взрослых людей в этом витамине - 3 мкг.

Витамин РР (ниацин). Основными представителями этой группы являются никотиновая кислота и никотинамид. Ниацин улучшает углеводный обмен, участвует в тканевом дыхании, оказывает сосудорасширяющее действие . Содержится ниацин в овощах, фруктах, кукурузе и грибах. Суточная потребность взрослого организма составляет 20-25 мг. Фолацин (фолиевая кислота ) в большом количестве содержится в шпинате и листьях растений, муке грубого помола, цветной капусте, грибах, печени, сыре, икре. Суточная потребность в этом витамине колеблется от 200 до 400 мкг.

Витаминоподобные соединения. Витамин В15 (пангамовая кислота) содержится в семенах многих растений. Холин относится к витаминам группы В ,в большом количестве содержится в шпинате и капусте.

Витамин Р содержится в большом количестве в шиповнике, винограде, рябине, черной смородине, зеленых листьях чая, апельсинах. Основная биологическая роль этого витамина в организме - удержание витамина С

Витамин U в больших количествах содержится в капусте и зеленых овощах. Применяется при различных воспалительных заболеваниях желудочно - кишечного тракта .

Витамин F входит в состав растительных масел, особенно много содержится его в подсолнечном, оливковом, хлопковом и кукурузном масле. Уменьшает содержания в крови холестерина, ускоряет заживление ран и язв[3].

Для успешного всасывания жирорастворимых витаминов необходимо присутствие желчи и достаточное содержание жира, который стимулирует секрецию желчи. Жирорастворимые витамины всасываются вместе с липидами и транспортируются в печень через лимфатические пути в составе хиломикронов. Поэтому любые нарушения секреции желчи, эмульгирования и всасывания липидов, а также кишечные инфекции приводят к значительным потерям жирорастворимых витаминов на этапе всасывания. Но потери жирорастворимых витаминов возможны и в нормальных условиях пищеварения.

Всасывание водорастворимых витаминов в желудочно-кишечном тракте протекает по-разному.

Всасывание витаминов в желудочно-кишечном тракте является одним из ключевых этапов ассимиляции и в значительной степени определяет их биодоступность.

Полнота и эффективность всасывания витаминов во многом зависят от состояния пищеварительной функции, любые нарушения которой или временные сбои в работе приводят к снижению усвоения (всасывания). Как видно, даже при нормальном состоянии пищеварения всасывание витаминов никогда не достигает 100%. Для отдельных витаминов, например, витамина Е и С всасывание колеблется в пределах 40-75%. В основном все витамины всасываются в тонкой кишке.

С возрастом всасывание витаминов может уменьшаться. Для некоторых витаминов (витамин В12, фолиевая кислота, рибофлавин) важную роль во всасывании может играть желудок, нарушение функции которого приводит к уменьшению усвоения витаминов. Витамины, которые синтезируются кишечными бактериями, частично могут всасываться в толстой кишке, однако значительная их часть теряется вместе с калом. Всосавшиеся жирорастворимые витамины с током крови и лимфы поступают в печень, где происходит их первоначальное накопление и депонирование. При этом их избыток удаляется из организма с желчью. После этого часть витаминов может вновь быть реабсорбирована в тонкой кишке. Из печени жирорастворимые витамины транспортируются в различные органы и ткани в составе липопротеинов, которые переносят и другие липиды.Всосавшиеся водорастворимые витамины также первоначально проходят через печень, где некоторые из них аккумулируются и подвергаются определенным превращениям. Например, тиамин активно накапливается в печени, где из него в результате фосфорилирования образуется ко-карбоксилаза, которую можно рассматривать как депонированную форму тиамина.[4]

Таким образом, в данном подразделе мы классифицировали витамины и определили роль и значение каждого витамина для организма.

1.4 Авитаминоз

Витамины являются регулятором и активаторами обмена веществ. Они оказывают влияние на развитие клеток и тканей, различные функции органов и систем, сопротивляемость организма к инфекциям или неблагоприятным фактором внешней среды. Витамины оказывают действие на обменные процессы непосредственно или входя в состав ферментов. Ферменты состоят из белковой части и кофермента. Коферментами являются витамины, чем главным образом и определяется их физиологическая роль. Биосинтез витаминов происходит в основном вне организма человека. Большинство витаминов не образуется в организме или образуется в ничтожном количестве (микрофлорой кишечника).Эти количества не в состоянии удовлетворить потребности организма. Дефицит витамина вызывает заболевание - АВИТАМИНОЗ. Дефицит витамина (гиповитаминоз или авитаминоз) может быть экзогенным (первичным) и эндогенным (вторичным). Экзогенный авитаминоз возникает вследствие не достаточности поступления витамина с пищей. При этом имеет значение не только состав пищевого рациона, условия хранения продуктов, характер кулинарной обработки, но и длительное несбалансированное питание, в частности с дефицитом белков или избытком углеводов. Эндогенный авитаминоз наблюдается при различных заболеваниях, когда нарушается всасывание или усвоение витаминов. Например, в отсутствие свободной соляной кислоты в желудке значительная часть витаминов группы В и С разрушается. При энтероколитах нарушается как всасывание, так и синтез витаминов кишечной микрофлоры. При усиленной умственной нагрузке, беременности, лактации, инфекционных заболеваниях происходит повышенный расход витаминов[5]. Таким образом, в данном подразделе мы раскрыли понятие авитаминоза.

1.5 Этиология и патогенез авитаминоза

Среди возможных причин возникновения заболевания выделяют нарушения пищеварения и обмена веществ, прием лекарственных препаратов, инфекционные заболевания и неправильное питание. Однако, стоит отметить и другие причины, так или иначе влияющие на развитие авитаминоза:

· Вредные привычки (курение, алкоголь и т.д.)

· Отсутствие физической нагрузки

· Экологическая обстановка

· Географическое местоположение (нехватка витаминов на севере, например)

· Продукты плохого качества и т.д.

Основной же причиной является невозможность потребления необходимого для нормальной жизнедеятельности человека количества витаминов и микроэлементов с едой. Что касается патогенеза, то это зависит от отсутствия определенного витамина, вызывающего нарушения в работе организма.[6]

Таким образом, в данном подразделе мы видим, что в этиологии авитаминоза присутствуют различные факторы, а патогенез характеризуется определенной нехваткой витамина.

1.6 Клиническая картина авитаминоза

Авитаминоз проявляется в ухудшении зрения в ночное и сумеречное время ("куриная слепота"), а также в ломкости ногтей и сухости волос.

Авитаминоз В1Симптомы дефицита этого витамина - нарушение рефлексов, неровная походка, проблема с обучением и запоминанием, частая головная боль, раздражительность, мышечная слабость, замедление ранозаживления. Также приводит возникновению заболевания бери-бери, при котором наблюдается нарушение обмена веществ в нервных клетках и клетках миокарда.

Авитаминоз В2, приводит к такому заболеванию как арибофлавиноз проявляется трофическими нарушениями кожи и слизистых оболочек. Возникают трещины и воспаление губ, кожи в углах рта, покраснение и жжение язык. Часто развивается стоматит, фарингит, конъюнктивит. Волосы седеют и выпадают. Нередко выявляется нарушение зрения.

Недостаток витамина РР вызывает пеллагру. При пеллагре больные жалуются на слабость, быструю утомляемость, апатию, ухудшение памяти, головную боль и головокружение, снижение аппетита, похудение.

Витамин Вс. При дефиците фолиевой кислоты отмечаются усталость, подавленность, чувство страха, воспалительное поражение полости рта, снижаются защитные силы организма, замедляется рост у детей.

Витамин С. Частые простуды, повышенная склонность к воспалениям слизистых оболочек, быстрая утомляемость, избыточный вес, частые депрессии, варикозное расширение вен, ослабление зрения.

Недостаток витамина D приводит к деформации и размягчению костей (остеопорозу), а у детей к рахиту. Первые признаки нехватки витамина D - мышечная слабость, болезненное утолщение суставов, депрессии, бессонница, нервные расстройства, раздражительность, близорукость, выпадение и разрушение зубов.

Недостаток витамина Еприводит к воспалению слизистой оболочки пищеварительного тракта, повышенной утомляемости, рассеяности, а также к преждевременному старению.

Витамин Н его дефецит проявляется в мышечной боли, утомляемости, вялости, нервозности. О первых признаках нехватки витамина Н свидетельствует сухость и шелушение кожи, неприятный запах изо рта, появление перхоти и даже облысение.

Нехватка витамина К в младенчестве проявляется геморрагической болезнью новорожденных. Дефицит филлохинона у взрослых приводит к замедлению свертываемости крови, а также к нарушению минерализации костей.

Таким образом, исходя из вышеизложенного, мы понимаем, что недостаток какого-либо витамина в организме неизбежно приводит к авитаминозу, и требует неотложного лечения.

Вывод. Подводя итоги данной главы, можно сделать вывод, что для нормальной жизнедеятельности любого человеческого организма необходимо достаточное количество витаминов, которые являются неотъемлемой частью полноценного функционирования организма. Отсутствие же витаминов приводит к сбою в хорошо отлаженной работе здорового организма и влечет за собой развитие авитаминоза и дисбалансу всего организма.

ГЛАВА 2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АВИТАМИНОЗА.

.1 Роль медицинской сестры

Хотя медицинская сестра самостоятельно и не лечит больного, а только выполняет назначение врача, ее роль очень велика, так как, находясь, все время около больного, она замечает все изменения, происходящие в его состоянии, умеет успокоить его и облегчить ему страдания. Сестра должна обладать достаточными медицинскими знаниями.

Медицинская сестра, основная обязанность которой состоит в уходе за больным, обязана не только знать все правила ухода и умело выполнять лечебные процедуры (поставить банки, приготовить ванну, сделать инъекцию и т. д.), но и ясно представлять себе механизм действия лекарства или процедуры на организм больного.

В лечебном учреждении, где много врачей, медицинская сестра может в любой момент обратиться к ним за советом, но иногда ей приходится принимать решение самостоятельно.

Проводя лечение на дому, сестра по назначению врача самостоятельно обслуживает больного. Следовательно, ей необходимо знать, хотя бы в общих чертах, причины возникновения болезней, основные признаки их, течение и развитие патологического процесса, изменения, которые та или иная болезнь вызывает в органах, осложнения, наиболее часто встречающиеся при той или иной болезни, чтобы в домашних условиях правильно проводить лечение, а главное не повредить больному. Помимо того, сестра обычно указывает родным больного, как надо обращаться с ним, дает им гигиенические советы, ведет широкую санитарно-просветительную работу. Если сестра замечает, что больной неправильно питается и т. д., она должна дать соответствующие указания членам его семьи. В больнице и, особенно на участке медицинская сестра должна вести большую санитарно-просветительную работу. Кроме того, ей иногда приходится оказывать больному экстренную помощь до прихода врача. Из сказанного становится совершенно ясно, что квалифицированная сестра должна обладать достаточным запасом медицинских знаний.[7]

Сестра должна быть хорошо знакома с теми симптомами, которые обнаруживаются при осмотре. Она должна обращать на них внимание, уметь их замечать.

Медицинская сестра должна правильно организовать процесс лечения, назначенный врачом:

.Измерения АД, ЧДД, пульса, массы тела, рост.

. Подготовить пациента к лабораторным исследованиям.

. Режим питания.

. Своевременный и правильный прием лекарственных препаратов и контроль их побочных эффектов.

. Проведение беседы о значение диеты .

. Обучению пациента навыкам само ухода и личной гигиены.

Лечить данное заболевание нужно при учете индивидуальных симптомов, и всех их специалист рассматривает отдельно. После проведения анализов, появится результат, по которому подбирается подходящая терапия инъекции комплекса витаминов или сбалансированная диета. Медицинская сестра после поставленного диагноза врачом, дает пациенту рекомендации по его лечению, по направлению врача медсестра направляет пациента к другим консультантам.

Проводит беседу с пациентом о профилактике витаминной недостаточности, дает рекомендации родственникам по правильному уходу.

Таким образом, мы осознаем, что, исполняя свои обязанности по уходу за пациентом, медицинская сестра является контролирующим звеном, обеспечивающим точное и безошибочное выполнение назначенного врачом курса лечения. Можно с уверенностью сказать, что роль медицинской сестры обширна и значима.

2.2 Профилактика авитаминоза

Порой мы не придаем значения роли витаминов в нашем организме, зачастую не обращая внимания на малейшие изменения в нашем теле,а ведь, насколько оказывается важна роль витаминов в нашей жизни.

При витаминной недостаточности большую роль играет профилактика. Лучшей профилактикой данного заболевания будет ведение здорового образа жизни. Под здоровым образом подразумевается в первую очередь обеспечение сбалансированного питания организму. Рацион, содержащий полный комплекс полезных веществ, витаминов, белков, жиров, аминокислот и минеральных веществ, создаст надежный заслон такой патологии, как авитаминоз.

Организм не может производить витамины самостоятельно и должен получать их извне, в составе принимаемой пищи, либо в виде специальных препаратов, содержащих набор тех или иных витаминов. В основном, массированно внутримышечно витамины вводят тогда, когда нет времени на восполнение дефицита витаминов, ситуация запущена, уже развивается цинга (не хватает витамина С), рахит (не хватает витамина Д), болезнь Бери-Бери (не хватает витамина В), «Куриная слепота«(не хватает витамина А), хронические заболевания ЖКТ, кожи, эндокринной, нервной, костной и сердечно-сосудистой систем.

В медицинской практике используются препараты отдельных витаминов и поливитаминные препараты. При витаминной недостаточности предпочтительны поливитаминные препараты, которые содержат группы витаминов в различных дозировках и в необходимых количественных соотношениях Необходимость введения комплекса витаминов объясняется рядом обстоятельств. Во-первых, недостаток или избыток одного витамина отрицательно сказывается на балансе других витаминов; во-вторых, витаминная недостаточность может быть вызвана дефицитом нескольких витаминов. Для приема внутрь применяют сочетание витаминов - поливитамины, препараты которых отличаются по составу и количеству различных витаминов. Некоторые поливитаминные препараты разрабатывались под конкретные ситуации. Естественно, что эти особенности соотношений, доз и ингредиентов необходимо учитывать при индивидуальном подборе оптимального поливитаминного препарата, как для профилактики, так и для лечебного применения. Особенно в зимне-весенний период, рекомендуется проводить витаминизацию витамином С. В этот период на столе всегда должны быть свежая или квашеная капуста, зеленые овощи, фрукты. Помимо этого ежедневно витаминизируют первые или третьи блюда обеда. Предпочтительно витаминизировать третьи блюда. Витаминизацию готовых блюд следует проводить непосредственно перед их подачей на стол. Подогрев витаминизированных блюд не допускается. Доза вводимой аскорбиновой кислоты: 80 мг - для взрослых, 100 мг - для беременных и 120 мг - для кормящих грудью женщин. Для витаминизации компотов и фруктово-ягодных соков на 1 л сиропа добавляют 50 г отвара шиповника и яблочно-каротиновый сок, приготовленный из 60% кислого яблочного и 40 % морковного сока. Весьма эффективны витаминные напитки. В зимнее время эффективно использование сухофруктов: курага, изюм, чернослив, ядра грецких орехов, нарезанный лимон перемалываются в блендере до получения однородной массы. Хранится в закрытом виде в холодном месте. Употребление столовой ложки смеси покрывает потребность организма в витаминах.[8]Увлекаться витаминами бесконтрольно опасно для здоровья. Передозировка витаминов группы В может привести к бессоннице, головокружению, нарушению сердечного ритма. Витамин D в больших дозах может повредить пожилым людям, способствовать появлению атеросклероза, отложению солей.

Авитаминоз не серьёзная болезнь, что требует особого лечения. Но если организм будет испытывать дефицит витаминов длительное время - это может послужить развитию опасных заболеваний. Поэтому, своему рациону нужно уделить особое внимание. Ведь сбалансированное и полноценное меню - это залог здоровья!

Таким образом, можно сделать вывод, что наиболее действенной профилактикой авитаминоза является ведение здорового образа жизни и богатая витаминами пища.

Выводы. Подводя итоги данной главы, можно с уверенностью сказать, что ведение здорового образа жизни является основным методом профилактики авитаминоза. Но, в случае, если по какой-либо причине, нам все-таки придется столкнуться с авитаминозом, не следует пытаться решить данную проблему самостоятельно. Выявлением и лечением, устранением коренной причины недуга должны заниматься квалифицированные люди.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Цели данной работы: подробно раскрыть понятие «витаминов» и «авитаминоза»:

. Рассмотреть классификацию витаминов,

. Виды авитаминозов и их последствия для организма.

. Проанализировать роль медсестры в лечении авитаминоза.

Все вышеизложенное позволяет с уверенностью сказать:

. Что витамины в жизни человека играют огромную роль, и являются неотъемлемой частью жизненного процесса.

. Дефицит витаминов в организме неминуемо приводит к сбою в четко отлаженной работе организма и должен быть обязательно восполнен для возвращения к полноценному функционированию наших систем жизнеобеспечения.

. Ни в коем случае не следует заниматься самолечением!!!

. Следует помнить, что определить истинную причину недуга и назначить правильный курс лечения может только врач, а медсестра, являясь связующим звеном между лечащим врачом и пациентом.