

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

Дипломная работа

**студентки очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051506
Митилевой Дарьи Викторовны**

Научный руководитель
преподаватель Величкова С.М.

Рецензент
главная медицинская сестра
ОГБУЗ «Ракитянская ЦРБ»
Новикова Е.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	6
1.1. Общая характеристика заболеваний дыхательных путей.....	6
1.2. Этиология заболеваний дыхательных путей.....	10
1.3. Клиническая картина заболеваний дыхательной системы.....	12
1.4. Организация сестринской помощи при заболеваниях дыхательных путей у детей раннего возраста.....	16
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ.....	23
2.1. Анализ статистических данных распространенности заболеваний дыхательных путей в РФ и Белгородской области.....	23
2.2. Социологическое исследование «Оценка факторов риска развития респираторной патологии среди детей раннего возраста».....	25
2.3. Разработка программы сестринских компетенций по профилактике респираторной патологии среди детей раннего возраста.....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	34
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	37

ВВЕДЕНИЕ

Ведущее место в структуре заболеваемости детского возраста занимают заболевания органов дыхательной системы, на долю которых приходится по различным литературным данным от 50 до 90% всех случаев обращения за медицинской помощью в зависимости от сезона года. Заболевания дыхательных путей более распространены в сезон холодов, ими чаще страдают дети с ослабленным иммунитетом.

Актуальность исследования заключается в том, что заболевания дыхательных путей являются одной из главных медицинских проблем не только для России, но и для большинства стран мира из-за высокой распространенности среди детей раннего возраста.

В последнее десятилетие сохраняется тенденция роста заболеваний дыхательных путей среди данной категории детей, что обуславливает проведение действенных мер первичной и вторичной профилактики.

К тому же данные заболевания неуклонно растут, что связано с увеличением числа часто болеющих детей, повышением выживаемости недоношенных новорожденных с тяжелыми поражениями дыхательной и других систем, увеличением числа детей с атопией, действием обширного спектра неблагоприятных экологических факторов.

Цель дипломной работы – определение профессиональных и общих компетенций медицинской сестры в организации ухода за детьми раннего возраста при заболеваниях дыхательных путей.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**:

1. провести теоретический анализ данных по проблеме заболеваемости дыхательных путей у детей раннего возраста;
2. исследовать статистические данные распространенности заболеваний дыхательных путей;

3. провести социологическое исследование «Оценка уровня здоровья и выявление факторов риска развития заболеваний дыхательных путей среди детей раннего возраста»;

4. разработать программу сестринских компетенций по профилактике респираторной патологии среди детей раннего возраста.

Для решения поставленных задач использовали объект исследования – детское население, родители.

Методы исследования:

- социологические: анкетирование;
- научно-теоретический анализ медицинской литературы и периодических изданий по теме дипломной работы;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- статистические (статическая обработка информационного массива).

Предмет исследования – сестринский уход за детьми раннего возраста при заболеваниях дыхательных путей.

Теоретическая значимость дипломной работы состоит в определении современных статистических и клинических данных по проблеме заболеваемости дыхательных путей у детей раннего возраста.

Практическая значимость заключается в определении профессиональных и общих компетенций медицинского сестринского персонала в организации и проведении мероприятий по организации сестринского ухода за детьми раннего возраста при заболеваниях дыхательных путей, на примере Центра семейной медицины ОГБУЗ «Ракитянская ЦРБ».

Дипломная работа имеет следующую **структуру**: введение, теоретическая и практическая главы, заключение, список использованных источников и литературы, приложение.

Во введении рассматривается актуальность проблемы на современном этапе развития общества, научных исследований и клинической медицины, определяются цели, задачи исследования.

В первой теоретической главе представлена общая характеристика заболеваний органов дыхания у детей раннего возраста, рассмотрены этиология, клиническая характеристика патологий и организация сестринской лечебно-профилактической помощи.

Вторая практическая глава включает анализ статистических данных распространенности заболеваний органов дыхания, результаты проведенных социологического и экспериментального исследований по оценке уровня здоровья детей раннего возраста с целью раннего выявления и профилактики заболеваний органов дыхания.

В заключении сделан вывод об эффективных условиях профилактики заболеваний органов дыхания среди детей раннего возраста и необходимости регулярного проведения профилактических мероприятий в Центре семейной медицины ОГБУЗ «Ракитянская ЦРБ».

В приложении представлены анкета «Оценка факторов риска развития респираторной патологии среди детей раннего возраста» и информационная памятка «Профилактика респираторной патологии среди детей раннего возраста».

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

1.1. Общая характеристика заболеваний дыхательных путей

В представленной нами работе мы познакомились с заболеваниями нижних дыхательных путей, к которым относятся следующие анатомические органы: гортань, трахеи (дыхательное горло) и легкие. Заболевания нижних дыхательных путей связаны с инфекциями этих отделов дыхательной системы. В качестве примера можно привести такие заболевания, как трахеит, бронхит, бронхиальная астма, пневмония, альвеолит и др [1, с. 464].

В рамках данной выпускной квалификационной работы мы остановимся на заболеваниях бронхит, бронхиальная астма и пневмония в связи с широким распространением именно этих заболеваний среди детей раннего возраста.

Бронхит (лат. Bronchitis, от бронх + -itis – воспаление) – заболевание дыхательной системы, при котором в воспалительный процесс вовлекаются бронхи.

По происхождению различают первичный и вторичный бронхит у детей. Первичный бронхит изначально начинается в бронхах и затрагивается только бронхиальное дерево, а вторичный бронхит у детей является продолжением или осложнением другой патологии респираторного тракта. Течение бронхита у детей может быть острым, хроническим и рецидивирующим. С учетом протяженности воспаления выделяют ограниченный бронхит (воспаление бронхов в пределах одного сегмента или доли легкого), распространенный бронхит (воспаление бронхов двух и более долей) и диффузный бронхит у детей (двустороннее воспаление бронхов) [5, с. 160].

В зависимости от характера воспалительной реакции бронхит у детей может носить катаральный, гнойный, фибринозный, геморрагический,

язвенный, некротический и смешанный характер. У детей чаще встречается катаральный, катарально-гнойный и гнойный бронхит. Особое место среди поражений дыхательных путей занимает бронхиолит у детей – двустороннее воспаление терминальных отделов бронхиального дерева. По наличию обструктивного компонента выделяют необструктивные и обструктивные бронхиты у детей.

Бронхиальная астма – это хроническое заболевание, характеризующееся периодически возникающими приступами экспираторной одышки (удушья), связанными с нарушением бронхиальной проходимости.

Главным звеном в бронхиальной астме является бронхоспазм (сужение просвета бронхов). Данное заболевание обусловлено специфическими иммунологическими или неспецифическими механизмами. Проявляется оно повторяющимися эпизодами свистящих хрипов, одышки, чувства заложенности в груди и кашля [3, с. 496].

В детском возрасте выделяют три основные формы бронхиальной астмы: атопическая, инфекционно-аллергическая и смешанная.

Классификация степени тяжести бронхиальной астмы (БА):

Степень 1: интермиттирующая БА. Симптомы (приступы удушья) реже 1 раза в неделю; ночные симптомы не чаще 2 раз в месяц. Характерны короткие обострения; ОФВ₁ (объем форсированного воздуха) или ПСВ (пиковая скорость выдоха) > 80% от должных значений; вариабельность показателей ПСВ или ОФВ₁ < 20%.

Степень 2: легкая персистирующая БА. Симптомы (приступы удушья) чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день; ночные симптомы чаще 2 раз в месяц. Обострения могут влиять на физическую активность и сон; ОФВ₁ или ПСВ > 80% от должных значений; вариабельность показателей ПСВ или ОФВ₁ = 20-30%.

Степень 3: персистирующая БА средней тяжести. Ежедневные симптомы (приступы удушья); ночные симптомы чаще 1 раза в неделю;

обострения влияют на физическую активность и сон. Ежедневный прием ингаляционных В2- агонистов короткого действия; ОФВ 1 или ПСВ от 60 до 80% от должных значений; вариабельность показателей ПСВ или ОФВ 1 > 0%.

Степень 4: тяжелая персистирующая БА. Ежедневные симптомы (приступы удушья); частые обострения; частые ночные симптомы; ограничение физической активности; ОФВ 1 или ПСВ < 60% от должных значений; вариабельность показателей ПСВ или ОФВ 1 > 30% [11, с. 224].

Пневмония – это острый воспалительный процесс в паренхиме легких, который характеризуется признаками интоксикации, дыхательной недостаточностью, локальными физикальными изменениями и характерными рентгенологическими параметрами.

На основании эпидемиологических данных различают пневмонии: внебольничные (внегоспитальные), внутрибольничные (госпитальные), вызванные иммунодефицитными состояниями, атипичного течения [13, с. 368].

По механизму развития выделяют пневмонии: первичные, которые развиваются как самостоятельная патология; вторичные, развивающиеся как осложнение сопутствующих заболеваний; аспирационные, возникающие при попадании инородных тел в бронхи (пищевых частиц, рвотных масс и др.); посттравматические; послеоперационные; инфаркт-пневмонии, развивающиеся вследствие тромбоэмболии мелких сосудистых ветвей легочной артерии.

По степени заинтересованности легочной ткани встречаются пневмонии: односторонние (с поражением правого или левого легкого), двусторонние, тотальные, долевые, сегментарные, субдольковые, прикорневые (центральные).

По характеру течения пневмонии могут быть: острые, острые затяжные, хронические.

В зависимости от возбудителя пневмонии различают пневмококковую, стрептококковую, стафилококковую, пневмонию вызванную вирусом гриппа, аспирационную и внутрибольничную.

С учетом развития функциональных нарушений пневмонии протекают с наличием функциональных нарушений (с указанием их характеристик и выраженности) и с отсутствием функциональных нарушений.

С учетом развития осложнений пневмонии бывают неосложненного течения и осложненного течения (плевритом, абсцессом и т. д.).

На основании клинико-морфологических признаков различают пневмонии: паренхиматозные (крупозные или долевые); очаговые (бронхопневмонии, дольковые пневмонии); интерстициальные (чаще при микоплазменном поражении) [14, с. 176].

По тяжести течения пневмонии делят на:

1) пневмонии легкой степени, которые характеризуется слабо выраженной интоксикацией (ясное сознание, температура тела до 38°C, АД (артериальное давление) в норме, тахикардия не более 90 уд/мин.), одышка в покое отсутствует, рентгенологически определяется небольшой очаг воспаления;

2) пневмонии средней степени, при которой наблюдаются признаки умеренно выраженной интоксикации (сознание ясное, потливость, выраженная слабость, температура тела до 39°C, АД умеренно снижено, тахикардия около 100 уд/мин.), частота дыхания – до 30 в минуту в покое, рентгенологически определяется выраженная инфильтрация;

3) пневмонии тяжелой степени. Для данного вида характерна выраженная интоксикация (лихорадка 39-40°C, помутнение сознания, адинамия, бред, тахикардия свыше 100 уд/мин., коллапс), одышка до 40 в мин. в покое, цианоз, рентгенологически определяется обширная инфильтрация, развитие осложнений пневмонии [16, с. 480].

1.2. Этиология заболеваний дыхательных путей

Этиология острого бронхита связана с вирусной респираторной инфекцией. Наиболее частые возбудители острых форм бронхита у детей – вирус парагриппа, аденовирус, РС-вирус. Частое выделение бактерий в мокроте не дает оснований говорить о бактериальной этиологии, т.к. речь идет о неинвазивном размножении флоры без характерных для микробного воспаления признаков. В этих случаях применение антибиотиков не влияет на течение бронхита. Бактериальные бронхиты развиваются у детей с нарушениями очищения бронхов (инородное тело, стеноз гортани, интубация, трахеостома, привычная аспирация пищи, муковисцидоз). Бактериальная этиология бронхита встречается у 10-15% детей раннего возраста и представлена пневмококками, стафилококками, гемофильной палочкой. Такая природа всегда имеет значение в этиологии хронического бронхита, а при остром бронхите встречается намного реже. Кроме того, бронхит может развиваться на фоне аутоиммунных процессов. У детей первых месяцев жизни возможна хламидийная этиология заболеваний [10, с. 644].

Развитие бронхиальной астмы связано с комплексным воздействием эндогенных (внутренних) и экзогенных (внешних) факторов.

Внутренние факторы являются предрасполагающими к заболеванию критериями, свойственными непосредственно организму. Это различные дефекты в эндокринной, иммунной, нервной системах, повышенная бронхиальная реактивность и чувствительность, мукоцилиарный клиренс и прочее. Особенно среди них выделяются гены, наделяющие организм предрасположенностью к бронхиальной гиперреактивности и атопии. Игрет роль и наследственность. Присутствие того или иного фактора не гарантирует непременно развития бронхиальной астмы. Однако если эти факторы накладываются на внешние, шанс развития болезни значительно увеличивается.

Внешние факторы влияют на развитие и обострение болезни. В их число входят:

- 1) различные аллергены (пыль, пыльца, шерсть животных, насекомые, табачный дым и т.д.);
- 2) некоторые вирусы;
- 3) химические, механические факторы (пыль от древесины, металла, хлопка, силикатная, кислотные и щелочные пары, дым и т.д.);
- 4) нервно-психологические и физические факторы (стрессы, негативные эмоции, а также большие физические нагрузки).

Причиной развития воспалительного процесса в легких могут быть пять видов агентов: патогенные микроорганизмы (стафилококки, стрептококки, пневмококки, кишечная палочка); вирусы (гриппа, респираторно-синтициальные, аденовирусы и др.); микоплазма; паразиты (пневмоцисты); патогенные грибы (кандиды).

Нередко при пневмонии обнаруживается смешанная флора: бактериальная, вирусно-бактериальная и другие сочетания.

Пневмонией чаще заболевают дети после года, но летальный исход от пневмонии выше на первом году жизни. Возбудителями пневмонии чаще всего являются пневмококки, микоплазма, вирусы. Если ребенок заболевает дома, то частым этиологическим фактором является пневмококк, в стационаре – стафилококк. В большинстве случаев возбудителями внутрибольничной пневмонии является синегнойная палочка, легионелла, микоплазма, пневмоциста и протей. Возбудители – грамотрицательные и грамположительные бактерии с анаэробными микроорганизмами являются причиной возникновения аспирационной пневмонии.

В возникновении заболевания главную роль играет состояние микроорганизма: его реактивность, сенсibilизация, наследственная предрасположенность к заболеваниям органов дыхания. Способствуют развитию пневмонии незрелость ребенка раннего возраста, врожденные

дефекты органов дыхания и ферментных систем, иммунодефицитные состояния, недоношенность, осложненные роды [4, с. 512].

Таким образом, рассмотрев этиологию заболеваний дыхательных путей, можно утверждать, что высокая распространенность заболеваний органов дыхания среди детей раннего возраста обусловлена широким разнообразием инфекционных и неинфекционных причин.

1.3. Клиническая картина заболеваний дыхательной системы

В начальной стадии бронхита у ребенка наблюдаются все признаки вирусной инфекции – это подкашливание, боль и чувство саднения в горле, осиплость голоса, заложенность носа (насморк), конъюнктивит. Позже подкашливание переходит в стойкий кашель, носящий навязчивый сухой характер в первые несколько дней от развития заболевания. Затем к пятому дню кашель становится влажным продуктивным, начинает отделяться мокрота слизистого или слизисто-гнойного характера. Помимо кашля у ребенка повышается температура тела до 38–38,5°C, такая температура сохраняется примерно от 3 до 10 дней. Также можно отметить наличие у пациента потливости, общего недомогания, боли в грудной клетке при кашле, у детей раннего возраста возможно развитие одышки. По течению острый бронхит имеет благоприятный прогноз: при должном лечении, которое назначает врач-педиатр, данное заболевание проходит за 2 недели [8, с. 544].

Иногда возможен переход из острого процесса в бронхопневмонию или в хронический процесс. Если у пациента наблюдается хронический рецидивирующий бронхит, то в ряде случаев его обострение происходит до 4 раз в год. Если у пациента наблюдается острый бронхиолит (характерен для детей до 1 года), то наблюдаются следующие симптомы: повышенная температура тела, лихорадка, интоксикация, дыхательная недостаточность.

Как осложнения при данном виде поражения дыхательных путей могут развиваться асфиксия и апноэ.

Если у ребенка развивается обструктивный бронхит, то наблюдаются такие симптомы, как обструкция бронхиальных путей, приступообразный кашель, шумное свистящее дыхание, удлинённый выдох, дистанционные хрипы, тахипноэ, одышка, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. Данный вид бронхита может осложниться тяжелой дыхательной недостаточностью и привести к развитию острого легочного сердца.

Хронический бронхит характеризуется следующими симптомами: кашель, затрудненное отхождение мокроты, лихорадка. Данный вид бронхита характеризуется тем, что происходит периодическое обострение воспалительного процесса – от 2 до 3 раз за год, и эти обострения длятся более 2-3 лет подряд. Может осложниться тем, что происходит развитие такого заболевания как деформирующий бронхит или бронхоэктатическая болезнь.

Аллергический бронхит у ребенка сопровождается следующей клиникой: потливость, слабость, кашель (причем отмечается обильное отделение мокроты). Данный вид заболевания имеет рецидивирующее течение, может сочетаться с такими патологиями как, аллергический конъюнктивит, аллергический ринит, атопический дерматит. Как осложнение аллергического бронхита может развиваться бронхиальная астма или астматический статус [9, с. 472].

Клинически в период обострения бронхиальной астмы у детей определяется сухой непродуктивный кашель, экспираторная одышка, вздутие грудной клетки. Нередко ребенок принимает вынужденное положение (ортопноэ), бледен, самочувствие нарушено. Симптомы могут усиливаться ночью или в предутренние часы. Клиническая симптоматика бронхиальной астмы меняется в течение суток. Родителям следует обсудить весь набор симптомов за последние 3–4 месяца с лечащим врачом. Свистящее дыхание должно быть подтверждено врачом, поскольку родители могут неправильно

понять звуки, издаваемые их ребенком при дыхании. В стадии ремиссии симптомы могут отсутствовать, это не исключает диагноза бронхиальной астмы. Так, бронхиальная астма имеет особенности у детей с ожирением, с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью, с бронхоспазмом на физическую нагрузку, с непереносимостью аспирина и других нестероидных противовоспалительных средств, с психологическими особенностями. Фенотип астмы зависит от характера воспаления (эозинофильное, неэозинофильное).

Редкий вариант БА у детей в виде кашлевых приступов («кашлевая астма»). Жалобы на одышку/нехватку воздуха отсутствуют, а ведущим клиническим симптомом является приступообразный кашель. Патогенетическая основа кашля – это аллергическое воспаление бронхов. Такая основа наблюдается преимущественно у детей раннего возраста. Приступы развиваются после контакта с причинно-значимым аллергеном, а углубленное обследование подтверждает атопический характер заболевания. С возрастом заболевание нередко приобретает черты типичной бронхиальной астмы.

Клиника пневмонии зависит от вида самой пневмонии. При пневмококковой пневмонии наблюдается следующая картина: начало острое, с ознобом, лихорадкой, кашель с ржавой мокротой, боли в груди и животе, появляется герпетическая сыпь на 2–4 день болезни. Характерно напряжение крыльев носа, втяжение межреберий, тахипноэ, тахикардия. Кашель появляется позже, влажный со слизисто-гнойной мокротой, иногда красного цвета. Клинически пневмококковая пневмония у детей протекает как крупозная.

У стрептококковой пневмонии, вызванной гемолитическим стрептококком, начало бурное, внезапное. Характерна выраженная интоксикация, озноб, лихорадка, одышка, цианоз. Клиническая картина имеет общие признаки с пневмококковой пневмонией, температура от 38 до 39°C, кашель с жидкой мокротой, хрипов немного. Пневмония развивается

часто как осложнение кори, коклюша, гриппа и других ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция). Поражаются чаще нижние доли легкого, инфекция распространяется бронхогенно.

Говоря о стафилококковых пневмониях, необходимо отметить, что у детей это опасная, быстро прогрессирующая инфекция. При осложненном течении начало острое. С первых часов развивается пневмонический токсикоз, гипертермия с ознобом, быстро прогрессирующая дыхательная недостаточность, также присутствует рвота и абдоминальный синдром. Температура стойко держится 39-40-41°C. Кашель вначале сухой и щадящий, при развитии деструкции – влажный со слизистой мокротой. Впервые 6-7 дней часто развивается гнойный плеврит.

При пневмониях, вызванных вирусом гриппа, у детей отмечается острое начало заболевания. Для данного вида характерны гипертермия 39-40°C и выраженные признаки интоксикации: головная боль, озноб, боли в глазах. Кашель влажный, с мокротой, выслушиваются сухие, рассеянные хрипы. Одышка резкая, наблюдается диффузный цианоз. Часто пневмония сопровождается тяжелым поражением сердечно-сосудистой системы с развитием коллаптоидного состояния при резком снижении температуры.

Аспирационная пневмония у детей. У данного вида пневмонии клиническая картина выглядит следующим образом: жалобы на частые срыгивания, рвоту, кашель при кормлении. Данная форма чаще бывает у детей с энцефалопатией, недоношенностью и органическим поражением ЦНС (центральная нервная система). После аспирации желудочного содержимого проходит относительно короткий латентный период 1-2 часа. Повышается температура, ухудшается дыхание, появляется кашель, цианоз, влажные диффузные хрипы, свистящее дыхание.

Внутрибольничные пневмонии у детей развиваются через 48 часов и чаще наблюдаются в стационарах. Внутрибольничная летальность от пневмонии 5-10 %, причем в 1/2-2/3 случаев она обусловлена суперинфекцией в стационаре: клебсиелла, протей, синегнойная палочка,

золотистый стафилококк. Чаще развивается у детей до 6 месяцев. Для этой формы характерны стертость острого периода, небольшие неомогенные тени в легких на рентгенограмме. Поэтому при подозрении на внутрибольничную пневмонию по клиническим данным терапию следует начинать даже при отсутствии рентгена в 1-2 дни суперинфекции, так как данная форма может приобретать более тяжелые формы с длительным течением [15, с. 383].

1.4. Организация сестринской помощи при заболеваниях дыхательных путей у детей раннего возраста

Лечение заболеваний дыхательной системы и профилактика осложнений первоначально направлены на восстановление функций дыхательной системы и общего состояния организма пациента, поэтому обязательными мероприятиями являются медикаментозная терапия, физиотерапия, диетотерапия и уход за пациентом. Деятельность медицинской сестры заключается в следующем:

1. Информирование пациента и его родственников о возможных осложнениях.
2. Соблюдение «масочного режима».
3. Изоляция больного в отдельную комнату при организации амбулаторного лечения до исчезновения катаральных явлений. В стационаре обеспечение циклического заполнения палат при госпитализации пациентов.
4. Обеспечение в комнате (палате) температурного режима - 18-20°C; ежедневно минимум 2 раза в неделю проведение влажной уборки и проветривания.
5. Создание возвышенного положения пациента в постели – уменьшается приток крови к легким, немного опускается диафрагма, следовательно, облегчается дыхание. Также необходимо организовать

ребенку дренажное положение, двигательный режим, что улучшает отхождение мокроты.

6. Контроль за гигиеной слизистых оболочек полости носа и за гигиеной кожи.

7. Организация обильного, дробного питья, питания небольшими порциями.

8. Проведение мероприятий, направленных на ликвидацию запоров у ребенка, контроль за регулярностью стула.

Остановимся на организации сестринской лечебно-профилактической помощи при вышеназванных заболеваниях (бронхит, бронхиальная астма, пневмония). В зависимости от тяжести, лечение бронхита можно проводить как дома, так и в условиях стационара. При бронхите больного необходимо обеспечить обильным питьем, соблюдать постельный режим. Лечение бронхита, в первую очередь, направлено на устранение симптомов дыхательной недостаточности и общей интоксикации организма: цианоза, одышки, влажного кашля и гипертермии. При влажном кашле назначают препараты, которые обладают разжижающим и отхаркивающим действием. При повышении температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ не назначают жаропонижающие средства, а лишь обеспечивают обильным питьем пациента. При температуре 38°C и выше проводят физическое охлаждение (обтирание раствором спирта, холод на крупные сосуды и к голове, укусное обертывание). При температуре $38-38,5^{\circ}\text{C}$ показано введение жаропонижающих средств. Для того чтобы ликвидировать признаки дыхательной недостаточности проводят оксигенотерапию. В лечении бронхита широко применяют физиотерапию, УВЧ (ультравысокочастотная терапия), электрофорез, постуральный массаж, вибрационный массаж, индуктотермию [2, с. 24].

Вопрос о профилактике бронхита у детей особенно актуален. Так как бронхиты часто возникают при ОРВИ, то основной профилактической мерой является недопущение развития простуд и гриппа. Медицинская сестра должна проинформировать родителей о том, чтобы ребенок избегал

переохлаждений, а во время эпидемий старался меньше бывать в местах большого скопления людей. Также следует объяснить, что лечение воспалительных заболеваний дыхательных путей важно вовремя начать, в особенности насморк, поскольку он часто перерастает в бронхит.

Лечение бронхиальной астмы (БА) у детей – это многоэтапный процесс.

Сестринский уход при бронхиальной астме является важной составляющей лечения больных детей раннего возраста. Роль среднего медицинского персонала особенно велика при уходе за детьми со средней и тяжелой степенью болезни, которые сопровождаются приступом удушья.

Сестринский процесс при бронхиальной астме при лечении детей раннего возраста отличается необходимостью более активной работы с родителями ребенка. Необходимо разъяснить родителям и ребенку причины болезни, особенности ее лечения и методы профилактики осложнений. Следует убедить родителей в обязательности стационарного лечения и строгого исполнения предписаний врача. Особое внимание уделяется щадящему режиму работы органов дыхания, нервной системы. Медицинская сестра объясняет важность соблюдения диеты в больнице, а также после выписки. Ей следует объяснить родителям важность устойчивого эмоционального состояния ребенка, для чего посоветовать передать ему любимые игрушки, книги. Также медицинской сестре следует обучить родителей ребенка правилам пользования ингалятором, методикам контроля состояния и ведения дневника, а также контролировать усвоение ими полученных навыков. После окончания лечения ребенка в стационаре следует разъяснить ребенку и его родителям обязательность и особенности режима дня, диеты и регулярных консультаций [6, с. 47-49].

Лечение приступа БА у детей преимущественно производится так называемыми «препаратами скорой помощи»: бета-2-агонисты короткого действия; М-холинолитики короткого действия; при затянувшемся приступе используют глюкокортикостероидные гормоны, выпускаемые в форме

инъекций или таблеток. Бета-2-агонисты являются самыми распространенными лекарственными средствами оперативного воздействия. Чаще всего они выпускаются в виде баллончиков-ингаляторов. Такие препараты быстро снимают спазм бронха, тем самым прекращая приступ. Медицинская сестра должна сказать родителям о том, что ингалятор с бета-2-агонистом у ребенка должен быть всегда при себе и что пользоваться ингалятором можно не более 6-8 раз в сутки, иначе наступит привыкание и бета-2-агонист перестанет купировать приступ [7, с. 184].

Если бронхиальная астма у ребенка имеет аллергическую природу, то возможен такой вариант лечения, как прекращение контакта с аллергеном. Медицинская сестра дает рекомендации по удалению из жилища всех потенциальных носителей аллергенов: домашние животные, растения с резким запахом, растения образующие пыльцу, предметы домашнего обихода, содержащие шерсть и птичий пух (ковры, подушки и т.п.). В обязанности медицинской сестры входит проведение профилактической беседы о соблюдении запрета на табакокурение в тех помещениях, где проживает больной астмой ребенок. Нужно проинформировать родителей о питании ребенка, его насыщают витаминами из естественных источников – овощей и фруктов. Из рациона должна быть удалена пища, которая может служить возбудителем аллергических явлений (цитрусовые). Нужно сказать о продуктах, которые следует потреблять умеренно: орехи, семечки, земляника, специи, острые закуски, томаты.

Профилактические меры при бронхиальной астме у детей имеют смысл лишь при систематическом их соблюдении. Профилактика астмы у ребенка должна начинаться во время беременности матери. Если мать подвержена аллергии, то она на период вынашивания плода должна оградить себя от воздействия аллергенов, также исключить курение табака. Нужно отметить постоянное обеззараживание жилища. Если взять во внимание физические нагрузки, то лечебные упражнения должны быть направлены на повышение функционального состояния дыхательной системы. Медицинская сестра

советует родителям ребенка больше гулять, ходить, а также рекомендует проведение дыхательной гимнастики, сообщает о необходимости приобретения и правилах пользования пикфлоуметром. Следует отметить, что замеры проводятся дважды в день – в утренние и вечерние часы. Разница между показателями «утро» и «вечер» не должна превышать 20%. Медицинской сестре следует добавить, что при использовании пикфлоуметром необходимо вести дневники с записями показаний прибора. Это делается для того, чтобы лечащий врач имел больше эмпирических данных о течении бронхиальной астмы.

После согласования с лечащим врачом, пройдя курс лечения в лечебном учреждении по месту жительства, медицинская сестра рекомендует родителям ребенка проведение санаторно-курортного лечения. Как правило, максимальный эффект оказывает пребывание в санатории, который расположен близко к морю или минеральным источникам. Срок санаторной терапии в большинстве случаев составляет не более двух месяцев. При тяжелых формах заболевания ребенок может лечиться до полугода [12, с. 160].

На данный момент бронхиальная астма является самым распространенным детским заболеванием аллергического характера. И это при том, что последствия очень опасны – вплоть до летального исхода. Поэтому с самого первого дня жизни медицинская сестра проводит профилактические беседы с родителями ребенка о бережном отношении к организму, о воздействии на него вредных привычек и негативных экологических факторов.

При лечении пневмонии проводят дезинтоксикационную и посиндромную терапию. Одно из главных мест занимает противомикробная терапия, для чего используют нитрофураны, сульфаниламидные препараты и антибиотики. Также в лечении применяют бронхолитики, муколитики, отхаркивающие и антигистаминные средства, в периоде реконвалесценции - эубиотики и витамины. Проводят оксигенотерапию для устранения

дыхательной недостаточности. Большое значение в лечении пневмонии имеют реабилитационные мероприятия: дыхательная гимнастика, массаж, рефлекторная терапия и физиотерапевтические методы. В лихорадочном периоде ребенку показан постельный режим, рациональное питание и питьевая нагрузка.

Профилактика пневмонии у детей заключается в организации хорошего ухода за ребенком, его закаливании, предупреждении ОРВИ, лечении ЛОР-патологии, вакцинации против гриппа, пневмококковой инфекции, гемофильной инфекции.

Таким образом, на основании теоретических материалов, рассмотренных в главе 1, можем сделать следующие выводы:

1. Заболевания дыхательных путей являются одной из распространенных патологий, как в России, так и во всем мире. Каждое третье обращение за медицинской помощью происходит по причине заболеваний дыхательных путей. Часто развивающиеся заболевания дыхательных путей нередко приводят к нарушению физического и нервно-психического развития у ребенка раннего возраста, снижению функциональной активности иммунитета и срыву компенсаторно-адаптационных механизмов организма. Все это может привести к раннему формированию хронических воспалительных процессов органов дыхания.

2. Причинами высокой распространенности заболеваний дыхательных путей среди детей раннего возраста являются воздействие неблагоприятных факторов внешней среды.

3. Рассмотренная клиническая картина заболеваний дыхательной системы чаще всего проявляется общими симптомами интоксикации (слабость, недомогание, повышение температуры, бледно-серый цвет кожных покровов, вялость, снижение аппетита) и местными симптомами в зависимости от вида и степени тяжести заболевания (затруднение носового дыхания, кашель, одышка, боли в горле, в грудной клетке, выделение мокроты).

4. Лечение и профилактика заболеваний дыхательной системы первоначально направлены на восстановление функций дыхательной системы и общего состояния организма ребенка, поэтому обязательными мероприятиями наряду с медикаментозной терапией являются физиотерапия, диетотерапия и уход за пациентом.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

2.1. Анализ статистических данных распространенности заболеваний дыхательных путей в РФ и Белгородской области

На основании проведенного теоретического анализа медицинской литературы и периодических изданий по распространенности и профилактике заболеваний дыхательных путей среди детей раннего возраста нами определена тенденция к понижению заболеваемости органов дыхания в раннем возрасте. Однако по представленным данным можем сделать вывод, что в нашей стране патология органов дыхания среди детей раннего возраста занимает первое место по распространенности (табл. 1, рис. 1).

Таблица 1.

Показатели заболеваемости среди детей раннего возраста в РФ

Название	Количество случаев				
	2014	2015	2016	2017	2018
Болезни органов дыхания	3023,8	3043,9	2922,4	2812,4	2703,2
Болезни органов пищеварения	326,7	321,4	324,7	318,9	323,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительных тканей	280,6	271,6	264,3	246,8	242,8
Болезни системы кровообращения	81,1	79,6	75,3	72,4	68,6
Болезни нервной системы	212,8	176,9	174,2	173,6	170,3

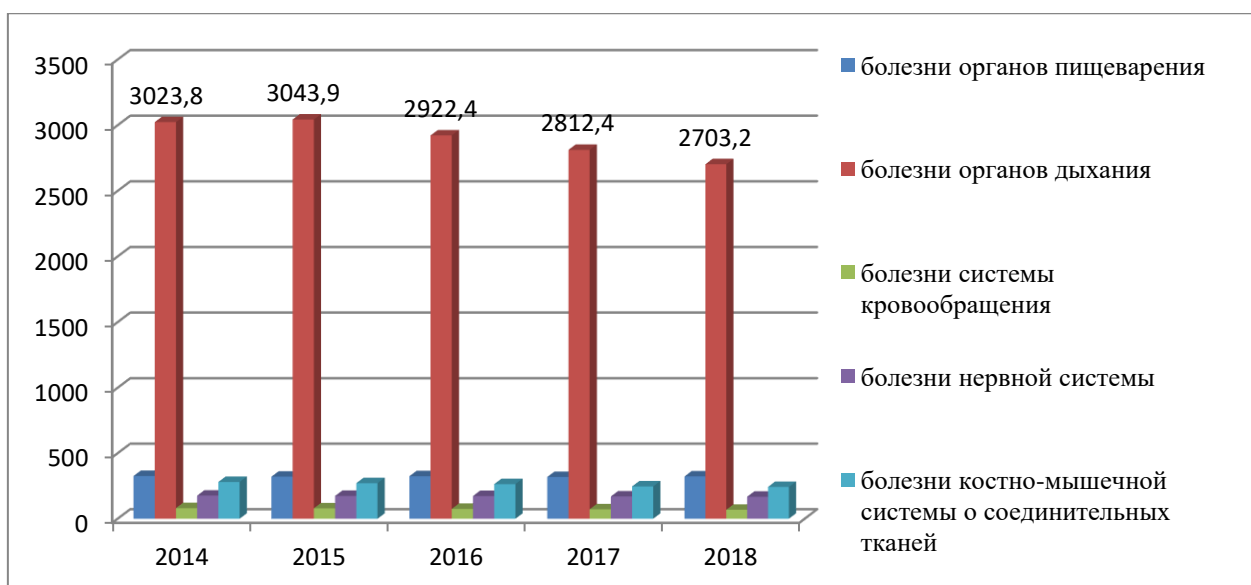


Рис. 1. Сравнительный анализ заболеваемости детей раннего возраста в Российской Федерации

В таблице 2 представлен анализ статистических данных показателя госпитализации детей с заболеваниями дыхательной системы в ОГБУЗ «Ракитянской ЦРБ» за период 2014-2018 гг.

Таблица 2.

Показатели госпитализации детей с респираторной патологией в ОГБУЗ «Ракитянская ЦРБ» за 2014-2018 гг.

Наименование заболевания	Всего случаев				
	2014	2015	2016	2017	2018
Год					
Бронхит	5	3	2	4	11
Бронхиальная астма	40	35	31	26	23
Пневмония	15	11	92	52	97

Исходя из представленного анализа статистических данных показателя госпитализации детей с заболеваниями дыхательной системы, можно сделать вывод, что чаще встречаются бронхит и пневмонии. Это обусловлено широким разнообразием инфекционных и неинфекционных причин.

Показатель заболеваемости бронхиальной астмы имеет тенденцию к снижению.

Следовательно, проведенный анализ распространенности заболеваний органов дыхания определяет актуальность профилактики среди детей раннего возраста.

2.2. Социологическое исследование «Оценка факторов риска развития респираторной патологии среди детей раннего возраста»

Первостепенной целью проведенного социологического исследования являлась оценка факторов риска развития респираторной патологии среди детей раннего возраста. Для чего была составлена анкета, представленная в приложении 1, которая включала 6 вопросов и заполнялась методом выборочных ответов. В анкетировании приняли участие 34 респондента – это родители детей. Нами было выявлено, что возрастная категория родителей составила 19 – 25 лет, возраст детей – от 1 месяца до 3 лет.

В вопросе о том, какого пола Ваш ребенок, из 34 респондентов 19 (55%) ответили женского. Так нами было выявлено, что в большинстве случаев заболеваниями органов дыхания девочки болеют чаще, чем мальчики (Рис. 2).

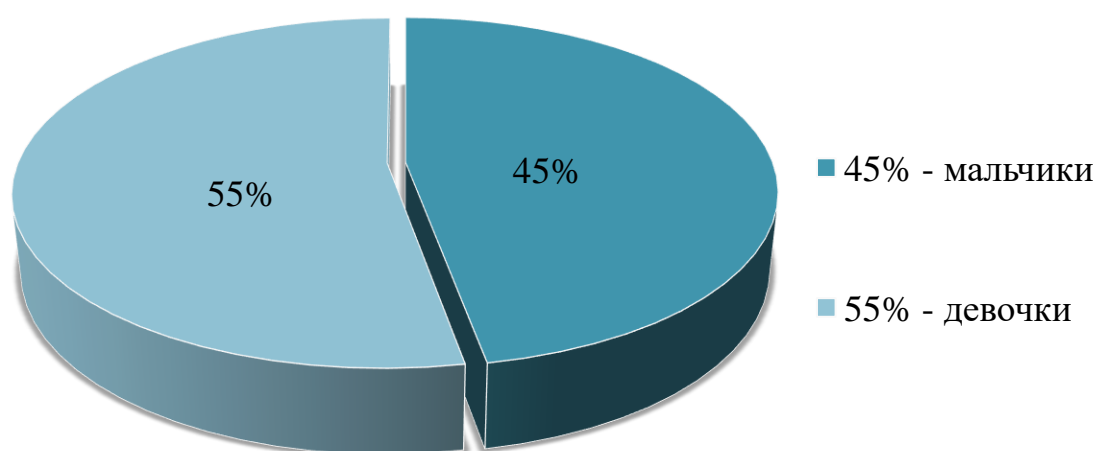


Рис. 2. Распределение детей респондентов по половой категории

Анализируя данную информацию, можно прийти к выводу, что девочки менее устойчивы к данным заболеваниям органов дыхания, чем мальчики.

Следующим вопросом мы выяснили наличие наследственных заболеваний органов дыхания в роду респондентов, где 27 респондентов (76%) ответили «Нет», что свидетельствует об отсутствии наследственных заболеваний органов дыхания, а остальные 7 респондентов (24%) ответили «Да», тем самым заявив о наличии респираторной патологии. Это представлено на Рис.3.

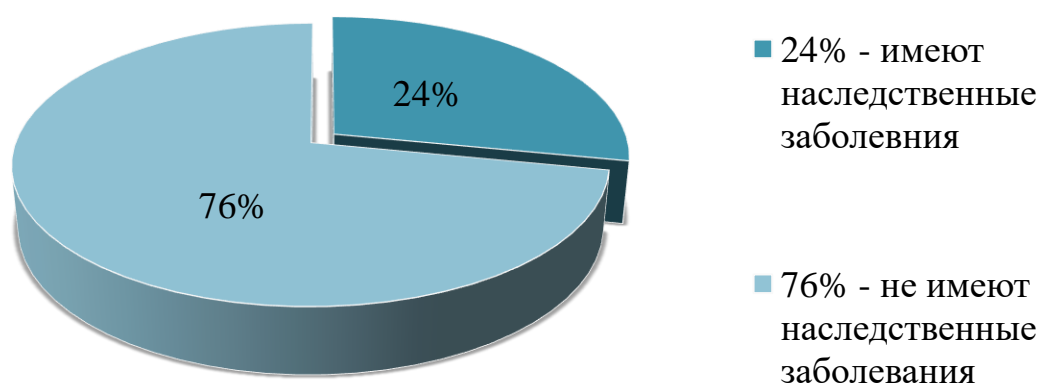


Рис. 3. Распределение респондентов по наличию в роду наследственных заболеваний органов дыхания

Исходя из представленных данных, можно сделать вывод, что 27 респондентов (76%) не имеют в роду наследственных заболеваний, а остальные 7 (24%) имеют. Этот показатель свидетельствует о том, что заболевания органов дыхания чаще являются приобретенными.

Далее мы опросили родителей, чтобы выяснить, является ли их ребенок пассивным курильщиком (Рис. 4):

- 19 респондентов (51%) ответили «Да», это свидетельствует, что их ребенок является пассивным курильщиком;

- 15 респондентов (49%) ответили «Нет», что показывает обратное.

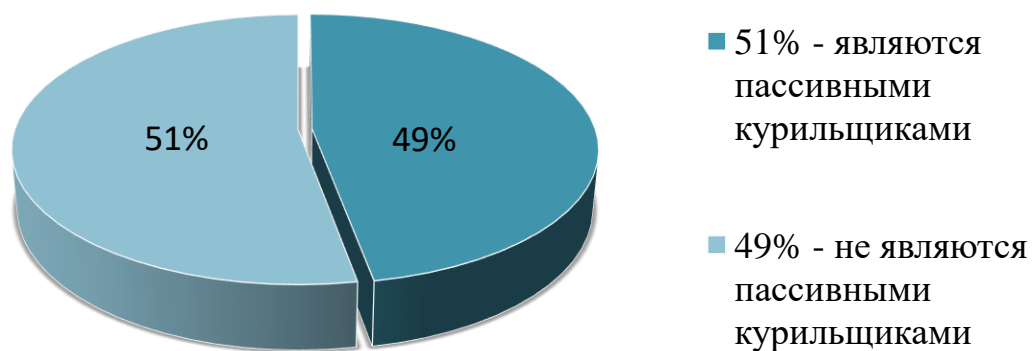


Рис. 4. Процентное соотношение детей, страдающих от пассивного курения

Анализ данных показал, что в большинстве случаев дети, которые подвержены пассивному курению, заболеваниями органов дыхания болеют чаще.

В следующем вопросе о том, проводилась ли вакцинация в родильном доме 29 респондентов (87%) ответили «Да», что свидетельствует о ее наличии, а 5 респондентов (13%) отказались от проведения вакцинации (Рис. 5).

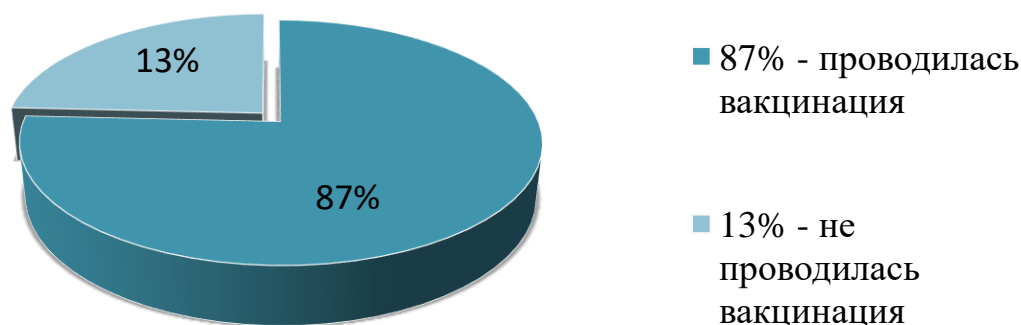


Рис. 5. Анализ респондентов по проведению вакцинации

На основании результатов можно сделать вывод, что наличие вакцинации не влияет на уровень заболеваемости органов дыхания. Это

свидетельствует о том, что респираторной патологией болеют как привитые, так и непривитые дети.

Нами было исследовано, как влияют на здоровье ребенка места проживания респондентов, где: 19 респондентов (51%) проживают в поселке Ракитное; 15 респондентов (49%) проживают в селах Ракитянского района (Рис. 6).

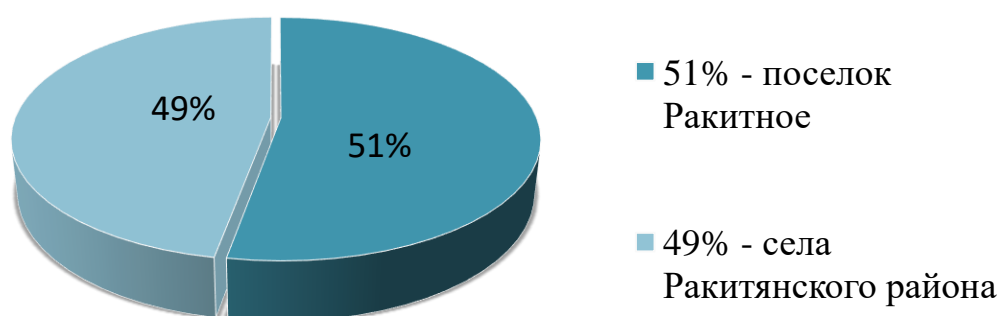


Рис. 6. Распределение респондентов по месту проживания

Исходя из этого, можно сделать вывод, что дети, проживающие в селах, меньше подвержены заболеваниям дыхательной системы, чем те, которые проживают в поселке Ракитном. Это свидетельствует о том, что условия места проживания имеют значение в развитии респираторной патологии.

На вопрос о том, каким путем было родоразрешение: 16 респондентов (45%) ответили, что естественным путем, а остальные 18 респондентов (55%) перенесли кесарево сечение (Рис. 7).

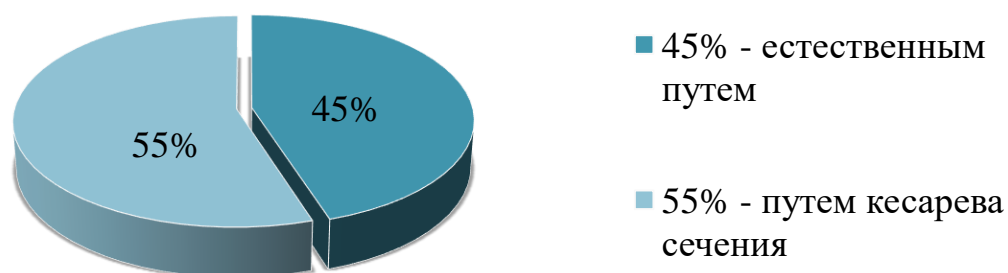


Рис. 7. Соотношение респондентов по способу родоразрешения

Анализ показывает, что дети, рожденные путем кесарева сечения, сильнее подвержены развитию респираторной патологии, чем те, которые появились естественным путем.

Далее, в ходе исследования, нами было установлено, что 7 респондентов (20%) придерживались грудного вскармливания, другие 11 респондентов (30%) применяли смешанное вскармливание, а остальные 16 респондентов (50%) использовали искусственное вскармливание (Рис. 8).

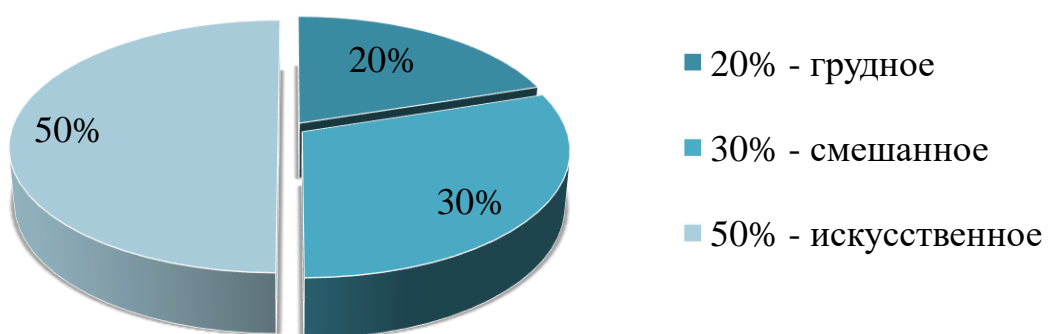


Рис. 8. Распределение респондентов по способу вскармливания

Таким образом, можно сделать вывод, что дети, получавшие грудное вскармливание, более устойчивы к заболеваниям органов дыхания, чем

остальные. Это означает, что у детей, находящихся на естественном вскармливании, формируется крепкий иммунитет.

Подводя итоги проведенного социологического исследования можно сделать выводы:

1) девочки менее устойчивы к данным заболеваниям органов дыхания, чем мальчики;

2) 76% респондентов не имеют в роду наследственных заболеваний органов дыхания, это свидетельствует о том, что данные заболевания приобретенные;

3) наличие вакцинации не влияет на уровень заболеваемости органов дыхания;

4) дети, проживающие в сельской местности, менее подвержены заболеваниям дыхательной системы;

5) дети, у которых курящие родители, страдают заболеваниями органов дыхания чаще;

6) дети, рожденные путем кесарева сечения, сильнее подвержены развитию респираторной патологии, чем те, которые появились естественным путем;

7) дети, получавшие грудное вскармливание, более устойчивы к заболеваниям органов дыхания, чем те, которые находились на смешанном и искусственном вскармливании.

Рекомендации:

1. Медицинской сестре следует проводить профилактические беседы о заболеваниях органов дыхания с родителями.

2. До наступления холодов и подъема заболеваемости респираторными инфекциями следует сделать прививку против гриппа. Несмотря на то, что привитые дети тоже могут болеть заболеваниями органов дыхания, они будут протекать у них легче, чем у непривитых.

3. Для профилактики заболеваний органов дыхания рекомендовано использовать комплексы дыхательной гимнастики в соответствии с возрастными особенностями.

4. Заниматься физкультурой и устраивать подвижные игры на природе, на даче.

5. Чаще гулять с ребенком на свежем воздухе.

6. В холодное время года одевать ребенка по погоде, не допускать переохлаждений, в летнее время избегать сквозняков.

7. Проводить закаливающие мероприятия. Закаливание не требует очень низких температур, здесь важна контрастность воздействия и систематичность. Максимальное действие закаливания не должно превышать 10-20 минут. Такие процедуры хорошо сочетать с гимнастикой и массажем грудной клетки.

8. В период подъема заболеваемости гриппом рекомендуется избегать контакта с больными людьми, использовать маску для защиты органов дыхания, ограничить посещение многолюдных мест и массовых мероприятий, где из-за большого скопления народа вирус очень быстро распространяется.

9. Обеспечить ребенка разнообразным питанием, которое обязательно должно включать фрукты и овощи.

10. При бронхиальной астме использовать пикфлоуметр, вести специальный дневник;

11. Избегать факторов, вызывающих приступы бронхиальной астмы у ребенка.

2.3. Разработка программы сестринских компетенций по профилактике респираторной патологии среди детей раннего возраста

По результатам проведенных социологического и экспериментального исследований, нами разработана программа сестринских компетенций,

направленная на профилактику заболеваний дыхательной системы среди детей раннего возраста.

Активное воздействие на образ жизни родителей возможно путем целенаправленного санитарного просвещения. Одной из главных задач санитарно-просветительской работы медицинской сестры является максимальное привлечение родителей к процессу оздоровления с тем, чтобы они стали активными помощниками медицинских работников в осуществлении профилактических мероприятий. Это нужно учитывать при проведении санитарно-просветительской работы в виде таких форм, как подготовка памяток для родителей, индивидуальные беседы и другие. Для этого нами подготовлена и распространена среди родителей памятка «Профилактика респираторной патологии среди детей раннего возраста», представленная в приложении 2.

В связи с частым употреблением родителями табачных изделий отказ от вредных привычек является одним из приоритетных направлений профилактики респираторных патологий и санитарного просвещения. Это достигается путем регулярной пропаганды среди родителей: беседы, консультации, лекции медицинских работников на родительских собраниях. Эффективным профилактическим мероприятием в данном направлении является распространение памяток, брошюр, использование соответствующих плакатов и санитарных бюллетеней. При этом важно разъяснять отрицательное влияние на уровень физического и умственного развития табакокурения, употребления алкоголя и наркотических средств.

Каждый родитель должен знать, что важнейшим принципом укрепления дыхательной системы для ребенка является соблюдение и организация рационального режима дня с обязательным пребыванием на свежем воздухе (2-4 часа в день) и поощрением физической активности. Для профилактики респираторной патологии хорошо применять оздоровительные системы и комплексы дыхательной гимнастики. Движение легких при вдохе и выдохе производится определёнными дыхательными мышцами. И поэтому,

когда дыхательная гимнастика и физическая нагрузка носят регулярный характер, дыхательная мускулатура приходит в тонус и активизируется.

Ежегодно в осенне-зимний период повышается заболеваемость гриппом, ОРВИ и другими простудными заболеваниями. Наиболее эффективным способом защиты от гриппа является вакцинация, которая снижает и возможность осложнений, в первую очередь, развитие респираторной патологии.

Также в качестве профилактики простудных заболеваний показано проведение ингаляционной терапии. Ингаляция – это вдыхание паров, насыщенных легкоиспаряемыми эфирными маслами трав, которые оказывают противовоспалительное и обеззараживающее воздействие на дыхательные пути. Сегодня существует достаточно много компактных ингаляторов, которые можно использовать в домашних условиях. Добавляя различные лекарственные фитопрепараты и эфирные масла в ингалятор, можно проводить профилактические процедуры, а также лечение респираторных простудных заболеваний детям раннего возраста.

Обязательными профилактическими мероприятиями являются ежегодные медицинские обследования: лабораторное обследование, осмотр врачей-специалистов.

Таким образом, главными направлениями в профессиональной деятельности медицинской сестры является раннее выявление контингента детей раннего возраста с факторами риска и начальными симптомами респираторной патологии с дальнейшим проведением расширенных реабилитационных, диспансерных и профилактических мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время одной из важных проблем здоровья среди детей раннего возраста являются высокие показатели заболеваемости респираторными заболеваниями. Согласно статистическим данным распространенность респираторной патологии в России значительно выше по отношению к другим заболеваниям среди детей раннего возраста. Множество факторов риска, приводящих к возникновению респираторной патологии, являются управляемыми.

На основе проведенного теоретического анализа определены причины высокой распространенности респираторной патологии среди детей раннего возраста. Представленная клиническая картина заболеваний органов дыхания представлена симптомами нарушения дыхания и общей интоксикации в различной степени тяжести. Установлена значимость и организация сестринской помощи и оздоровительных мероприятий при заболеваниях нижних дыхательных путей.

Результаты проведенного социологического исследования подтверждают данные теоретического анализа распространенности факторов риска среди заболеваний органов дыхания.

Таким образом, определением профессиональных и общих компетенций медицинской сестры в организации ухода за детьми раннего возраста при заболеваниях дыхательных путей являются:

- 1) определение потребностей детей в уходе;
- 2) определение приоритетов по уходу и ожидаемых целей или результатов ухода;
- 3) применение сестринской стратегии, направленной на удовлетворение потребностей детей раннего возраста.

При этом медицинская сестра играет немаловажную роль при организации ухода за детьми раннего возраста с заболеваниями дыхательных путей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия / Под редакцией В.А. Доскина. - Москва: РГГУ, 2012. - 464 с.
2. Акинъшин, В.И. Состояние здоровья и пути оздоровления детской популяции населения Белгородской области: Автореф. дис. канд.мед.наук / В.И.Акинъшин; Воронеж.- 2012.-24 с.
3. Болезни органов дыхания у детей. - Москва: РГГУ, 2013. - 496 с.
4. Гребенникова, В.А. Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии / Под редакцией В.А. Михельсона, В.А. Гребенникова. - Москва: СИНТЕГ, 2012. - 512 с.
5. Дерягин, Ю. П. Грипп и другие острые респираторные заболевания: моногр. / Ю.П. Дерягин. - М.: Издательские проекты, Феникс, 2013. - 160 с.
6. Иванникова, А.С. Качество жизни детей с болезнями органов дыхания, ассоциированными с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / А.С. Иванникова, А.В. Почивалов // Научные ведомости БелГУ. Сер. Медицина. Фармация. - 2012. - №16(135), вып.19.-С. 47-49. - Библиогр.: с. 49.
7. Карпухин, Г.И. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний / Г.И. Карпухин, О.Г. Карпухина. – М.: Наука, 2016. - 184 с.
8. Красенков, В.Л., Кановалов О.Е. Общественное здоровье и здравоохранение (Курс лекций). – М., 2012. – 544 с.
9. Лазарева, Г. Ю. Диагностический справочник педиатра / Г.Ю. Лазарева. – М.: РГГУ, 2011. - 472 с.
10. Миалл, Л. Наглядная педиатрия / Л. Миалл. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 644 с.
11. Пигулевская, И.И. Домашний педиатр. Все, что нужно знать о детских болезнях / И.И. Пигулевская. - Москва: ИЛ, 2011. - 224 с.

12. Пантелеева, Е.В. Дыхательная гимнастика для детей / Е.В. Пантелеева. - Москва: РГГУ, 2012. - 160 с.
13. Педиатрия: Учебник для студ. сред. мед. учеб. заведений / В.А. Филин. – М.: Академия, 2011. – 368 с.
14. Скачко, Б.Г. Болезни органов дыхания у детей / Б.Г. Скачко. – М.: Огни, 2012. - 176 с.
15. Сестринское дело в педиатрии / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова; под ред. Р.Ф. Морозовой. – Изд. 13-е. стер. – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 383 с. (Медицина).
16. Эрман, М.В. Лекции по педиатрии. Для студентов медицинских вузов / М.В. Эрман. - М.: Фолиант, 2016. - 480 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА**Оценка факторов риска развития респираторной патологии среди детей раннего возраста**

Уважаемые родители! Просим Вас принять участие в опросе и ответить на вопросы анкеты. Внимательно прочтите каждый вопрос и возможные варианты ответов к нему. Обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее отвечающий вашему мнению, и укажите его. Просим отвечать искренне и работать самостоятельно. Свою фамилию указывать не надо. Анонимность гарантируется.

Заранее благодарим за сотрудничество!

Укажите Ваш возраст (полных лет): _____

Укажите возраст Вашего ребенка: _____

1. Имеются ли у Вас в роду наследственные заболевания органов дыхания?
 - А) Да
 - Б) Нет
2. Является ли Ваш ребенок пассивным курильщиком?
 - А) Да
 - Б) Нет
3. Проводилась ли Вашему ребенку после его рождения в родильном доме вакцинация?
 - А) Да
 - Б) Нет
4. В какой местности вы проживаете?
 - А) Поселок
 - Б) Село
5. Укажите способ Вашего родоразрешения?
 - А) Естественным путем
 - Б) Кесарево сечение

6. Укажите способ вскармливания Вашего ребенка?

А) Грудное

Б) Смешанное

В) Искусственное

7. Укажите пол Вашего ребенка:

А) Женский

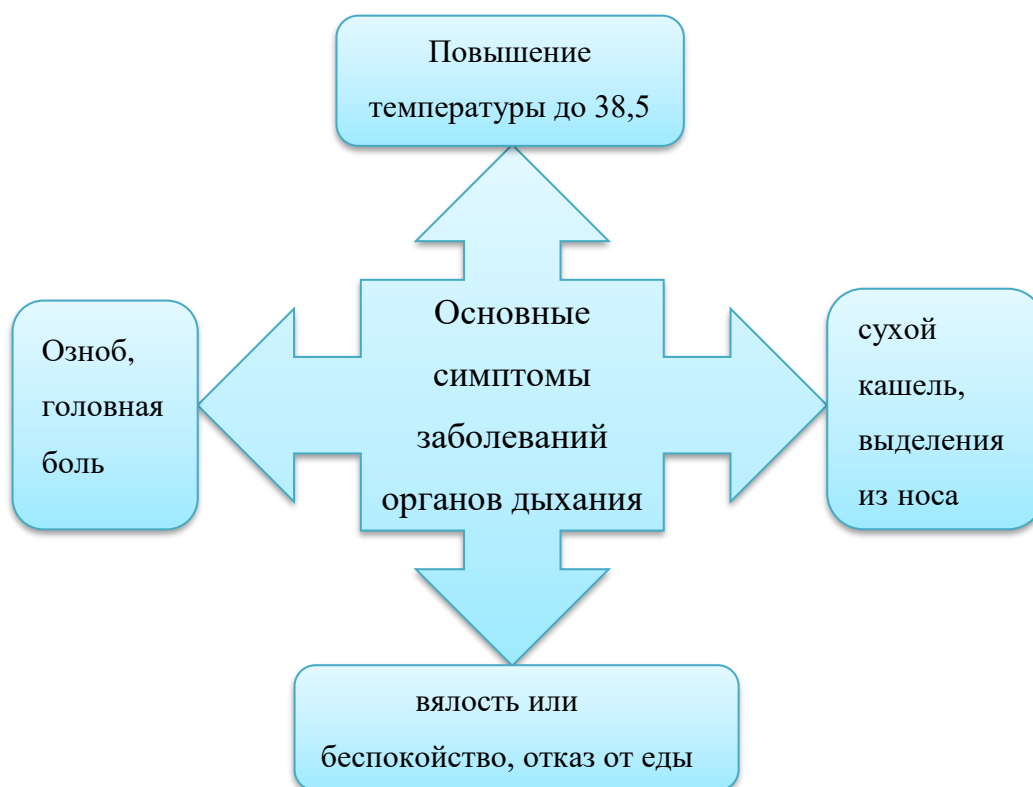
Б) Мужской

ПАМЯТКА

«Профилактика респираторной патологии среди детей раннего возраста»

Родителям детей, подверженных заболеваниям дыхательных путей, особенно важно соблюдать меры профилактики и наблюдать за состоянием здоровья своего ребенка.

Дети тяжелее переносят заболевания дыхательных путей и относятся к группе риска по неблагоприятному течению заболевания и развитию осложнений.



КАК УБЕРЕЧЬ РЕБЕНКА ОТ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- ❖ соблюдать режим отдыха, не переутомляться, больше бывать на свежем воздухе, спать достаточное время и полноценно питаться;
- ❖ делать утреннюю гимнастику и обтирание прохладной водой, заниматься физкультурой;

- ❖ тщательно мыть руки перед едой, по возвращении с улицы, а также после пользования общими предметами, если в семье есть заболевший;
- ❖ часто проветривать помещение и проводить влажную уборку, спать с открытой форточкой, но избегать сквозняков;
- ❖ ограничить посещение многолюдных мест (супермаркеты и т.д.) и массовых мероприятий;
- ❖ промывать нос и полоскать горло рекомендуется не реже 2-3 раз в сутки.

ВНИМАНИЕ!

При появлении следующих симптомов необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью. Они указывают, что заболевание принимает более тяжёлую форму:

- + синюшность кожных покровов;
- + спутанность сознания, возбуждение, судороги;
- + уменьшение мочеотделения;
- + учащенное или затрудненное дыхание;
- + сохранение температуры и других симптомов гриппа более 3-х дней.

ЗАПОМНИТЕ!

Наиболее эффективный метод профилактики заболеваний органов дыхания – вакцинопрофилактика!