

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 Клинических дисциплин

**ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа

**студентки очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051582
Сергиной Снежаны Ринатовны**

Научный руководитель
преподаватель Войковская Е. В.

Рецензент
заведующая детским отделением ОРВИ
ОКГУЗ «Инфекционная клиническая
больница им. Е.Н. Павловского»
Гершевич С.Э.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ.....	6
1.1 Острые респираторные инфекции	6
1.2 Бронхиты и бронхиолиты	21
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ...	26
2.1 Роль медицинской сестры в ДОУ в профилактике заболеваний органов дыхания у детей.....	26
2.2 Рекомендации по профилактике заболеваний органов дыхания у детей в ДОУ.....	38
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	43
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	46

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена тем, что на сегодняшний день наиболее распространенными среди детского населения являются заболевания органов дыхания. Данная проблема для здравоохранения остается актуальной во всех странах мира.

Такая широкомасштабная распространенность заболеваний органов дыхания обусловлена многими факторами. Прежде всего, климатогеографическими особенностями проживания, как правило, заболевания органов дыхания аллергической природы характерны для мягкого влажно-континентального и влажно-субтропического климата, а заболеваемость пневмониями и бронхитами значительно выше в субарктическом и умеренно континентальных зонах проживания. В крупных городах отмечен высокий рост заболеваемости, особенно среди детского населения, что обусловлено неблагоприятной экологической ситуацией, связанной с загрязнением воздуха смогом и другими вредными веществами. Также следует отметить, что такая широкая заболеваемость именно среди детей обусловлена анатомо-физиологическими особенностями строения дыхательной системы и несовершенством иммунной системы.

В ранговой структуре заболеваемости детского населения в России лидирующее место принадлежит болезням органов дыхания. С 2010 года продолжается увеличение доли заболеваний органов дыхания в структуре первичной заболеваемости. В период с 2010 по 2016 гг. установлена негативная динамика первичной заболеваемости первого года жизни и подростков. Позитивная тенденция снижения количества случаев впервые зарегистрированных заболеваний, в том числе органов дыхания, отмечена в возрасте 0-14 лет [2, с. 169].

Заболевания органов дыхания представляют группу заболеваний различных по этиологическому фактору, но схожих по клиническим

проявлениям и поражению структуры бронхолегочного дерева. По данным статистики, заболевания дыхательной системы у детей протекают гораздо тяжелее, чем у взрослых, стремительно развивается дыхательная недостаточность, часто заболевание заканчивается летальным исходом.

Важная роль в профилактике заболеваний органов дыхания принадлежит медицинской сестре в детском саду. Начиная с первого знакомства, она должна четко и правильно осуществлять сестринский процесс. Все этапы сестринского процесса должны быть документированы. Родителей детей нужно ознакомить с планами лечения и ухода и по возможности максимально привлекать к профилактическому процессу.

Таким образом, очень важна также деятельность медицинской сестры в проведении санитарно-просветительной работы среди родителей и в ДООУ, организации вакцинопрофилактики и формированию здорового образа жизни у детей.

Цель исследования – раскрыть особенности организации сестринского процесса по профилактике заболеваний органов дыхания у детей в ДООУ.

Достижение поставленной цели предполагает решение следующих **задач**:

- 1) дать краткую характеристику заболеваниям органов дыхания у детей;
- 2) определить общие аспекты профессиональных функций медицинской сестры в ДООУ;
- 3) обозначить направления организационной работы медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания у детей у дошкольников.

Объект исследования – заболевания органов дыхания у детей.

Предмет исследования – сестринский процесс по профилактике заболеваний органов дыхания у детей в ДООУ.

Методы исследования: анализ и синтез, обобщение, сравнительный метод.

Теоретическая значимость состоит в выявлении особенностей профилактики заболеваний органов дыхания у детей.

Практическая значимость исследования состоит в том, что его результаты могут быть использованы медицинским персоналом в работе по профилактике заболеваний органов дыхания у детей, а также волонтерами для просветительской работы в детских садах, школах, колледжах и других учреждениях.

Гипотеза исследования – правильная организация сестринского процесса в ДОО по профилактике заболеваний органов дыхания у детей снижает риск возникновения заболеваний.

Структура работы. Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы и приложений.

ГЛАВА 1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

1.1 Острые респираторные инфекции

Острые респираторные инфекции (ОРИ) – группа острых, имеющих массовое распространение болезней, передающихся преимущественно воздушно-капельным путем, которые характеризуются поражением различных отделов респираторного тракта [3].

ОРИ входят в группу острых респираторных заболеваний (ОРЗ), при которых, помимо инфекционных агентов, этиологическая роль принадлежит различным аллергенам (например, вазомоторный ринит), действию химических раздражающих веществ. Роль дополнительного фактора играет простудный фактор, снижающий резистентность слизистой оболочки верхних дыхательных путей. Возбудителями ОРИ могут быть патогены, относящиеся ко многим таксономическим группам. В этиологической структуре ОРИ преобладают вирусы, их известно более 200, но наибольшее значение имеют вирусы гриппа, парагриппа, риновирусы, коронавирусы, аденовирусы, респираторно-синцитиальные вирусы. Из бактерий ОРИ вызывают стрептококк, пневмококк, стафилококк, менингококк, гемофильная палочка, микоплазмы, хламидии, легионеллы. Часто причиной ОРИ бывают ассоциации микроорганизмов (вирусно-вирусные, вирусно-бактериальные и др.) [8, с. 88].

В процессе развития ОРИ выделяют ряд фаз, общих для всех этиологических форм. Прежде всего, внедрение и репродукция патогена в пораженных эпителиальных клетках респираторного тракта. Далее формируется воспалительный процесс с развитием структурно-функциональных нарушений. В случаях совершенной системы защиты макроорганизма происходит быстрая инактивация возбудителя с восстановлением нарушенных функций и выздоровлением. При

несостоятельности местных защитных механизмов патоген репродуцируется во все возрастающем количестве и вместе с продуктами метаболизма поврежденных клеток попадает в кровь, обуславливая развитие лихорадочно-интоксикационного синдрома и осложнений.

Рассмотрим такие острые респираторные инфекции как грипп, парагрипп, респираторно-синцитиальную вирусную инфекцию, аденовирусную инфекцию.

Грипп

Этиология. Вирусы гриппа относятся к семейству Orthomyxoviridae. Семейство включает род Influenzavirus, содержащий 3 серотипа вируса гриппа: А, В, С. Это РНК-содержащие сложноорганизованные вирусы [4].

Диаметр вирусной частицы 80-120 нм. Вирион имеет сферическую форму, в центре которого находится нуклеокапсид, имеющий спиральный тип симметрии. Капсид состоит из белка-нуклеопротеина и белков полимеразного комплекса. Сегментированная РНК вирусов предрасположена к генетическим рекомбинациям и изменению антигенной структуры. Нуклеокапсид окружён слоем матричных и мембранных белков, которые участвуют в сборке вирусной частицы. Поверх этих структур располагается суперкапсид - липопротеиновая оболочка, которая имеет выросты белковой природы - гликопротеины (гемагглютинин - Н и нейраминидаза - N).

Таким образом, вирусы гриппа имеют внутренние (NP-белки и М-белки) и наружные (Н и N) антигены. Внутренние антигены определяют тип вирусов (А, В, С), и вырабатываемые к ним антитела не имеют защитного действия. Поверхностные антигены определяют подтипы вирусов, а вырабатываемые к ним антитела являются протективными. В настоящее время известно 15 подтипов Н и 9 подтипов N.

Вирус типа А обладает значительной изменчивостью поверхностных антигенов в отличие от вирусов типа В и С, характеризующихся более стабильной антигенной структурой. Изменчивость вируса гриппа проявляется либо в виде антигенного «дрейфа» (частичное обновление антигенных детерминант гемагглютинина или нейраминидазы в пределах одного подтипа,

что сопровождается появлением новых штаммов вируса), либо в виде антигенного «шифта» (полное замещение фрагмента генома, кодирующего синтез только гемагглютинина или гемагглютинина и нейраминидазы), приводящего к возникновению нового подтипа вируса гриппа А.

В результате антигенного дрейфа формируются новые сероварианты, которые обуславливают эпидемические подъёмы с периодичностью 2-3 года.

Антигенный шифт, или «скачок», приводит к реассортации, в результате полностью изменяется антигенная структура и образуется новый подтип вируса гриппа. Например, пандемический вирус гриппа A/California/2009 (H1N1) сформировался за счёт рекомбинаций между вирусами гриппа свиней, вирусом гриппа птиц и вирусом гриппа типа А человека.

Вирусы гриппа малоустойчивы во внешней среде. Они могут сохраняться при температуре 4 °С в течение 2-3 недель. Вирусы гриппа лучше переносят отрицательные температуры и быстро погибают при нагревании и кипячении. Отмечается высокая чувствительность вирусов гриппа к УФ-лучам и воздействию обычных дезинфицирующих средств.

Патогенез. Источник возбудителя при гриппе – больной человек. Больной гриппом становится заразен в конце инкубационного периода, за несколько часов до заболевания. Наиболее интенсивное выделение возбудителя отмечается в первые 2-5 дней болезни, а после 7-го дня больной практически не опасен для окружающих. В редких случаях, при тяжёлом или осложнённом течении болезни, возможно удлинение заразительного периода. Однако наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные с лёгким, атипичным течением гриппа, поскольку они сохраняют активность и работоспособность.

Механизм передачи возбудителя – аспирационный, путь передачи – воздушно-капельный. Естественная восприимчивость к гриппу высокая, особенно к новым серотипам (подтипам) возбудителя в силу отсутствия коллективного иммунитета у населения. Постинфекционный иммунитет типоспецифичен, его длительность составляет не менее 3 лет [18, с. 35].

Вирус гриппа, отличающийся эпителиотропностью, попадает на слизистую оболочку дыхательных путей с вдыхаемым воздухом. Размножается в клетках однослойного многорядного эпителия. Под действием нейраминидазы вируса оголяются базальные клеточные мембраны, происходят дегенерация, некроз и отторжение поражённых эпителиоцитов, что облегчает накопление различных бактерий в слизистой оболочке дыхательных путей, способствуя присоединению вторичной бактериальной инфекции. Выраженность синдрома интоксикации коррелирует с концентрацией вируса в назальном секрете.

После инфицирования эпителия респираторного тракта усиливается продукция эндогенных пирогенных цитокинов. Эндогенные пирогены приводят к развитию лихорадки, вызывая метаболические изменения в терморегуляторном центре гипоталамуса. В гипоталамусе происходят дисциркуляторные нарушения, что ведёт к расстройству деятельности вегетативной системы, а это в свою очередь нарушает работу сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем организма. Продолжительность репликации вируса составляет в среднем от 3 до 5 дней, что и определяет продолжительность лихорадочного периода.

Выраженность катарально-респираторного синдрома коррелирует со степенью поражения цилиарного эпителия. Клетки дыхательного эпителия погибают, ядро подвергается пикнозу. В тяжёлых случаях в лёгких на слизистой оболочке появляются геморрагии, разрушение гиалиновых мембран, интенсивная инфильтрация полиморфно-нуклеарными клетками.

Значительная роль в патогенезе гриппа и его осложнений принадлежит бактериальной инфекции, которая может присоединиться к вирусной на любой день инфекционного процесса. Частота бактериальных осложнений обусловлена не только нарушением защитной функции респираторного тракта, но иммуносупрессивным действием вируса.

После перенесённого гриппа формируется штаммоспецифический иммунитет, но антигенный дрейф приводит к быстрой частичной утрате

иммунитета, поэтому возникают повторные заболевания. При наличии иммунитета к вирусу гриппа А сохраняется восприимчивость к вирусу гриппа типа В. Тяжесть болезни связана, с одной стороны, с вирулентностью вируса гриппа, а с другой, и в большей степени, с состоянием иммунной системы организма.

Клиническая картина гриппа может иметь различия в зависимости от штамма, вызвавшего болезнь. Инкубационный период - от нескольких часов до 2 суток. В большинстве случаев при эпидемическом гриппе заболевание начинается остро с явлений интоксикации. С первых дней болезни температура тела повышается до фебрильных значений и сохраняется в течение 3, максимум 5 дней. Появляются другие симптомы интоксикации: головная боль в области надбровных дуг; миалгии, артралгии, выраженная слабость.

Катаральный синдром присоединяется через несколько часов после начала болезни или в конце 1-х – начале 2-х суток. Появляются насморк, саднение в глотке, затем за грудиной, сухой надсадный кашель. Катаральный синдром может сохраняться до 7-14 дней. У ряда больных, особенно при среднетяжёлом и тяжёлом течении болезни развивается геморрагический синдром, проявляющийся чаще носовым кровотечением, а в случаях тяжёлого течения - геморрагическим отёком лёгких [7, с. 100].

При осмотре обращают внимание на гиперемии конъюнктив, инъекцию сосудов склер, умеренную гиперемии мягкого нёба с мелкой зернистостью на нём. При неосложнённом течении гриппа при аускультации лёгких хрипы не выслушиваются. При исследовании сердечно-сосудистой системы определяется приглушённость сердечных тонов, снижение артериального давления.

Изменений со стороны желудочно-кишечного тракта, как правило, не отмечают. Поражения нервной системы проявляются, кроме головной боли, менингизмом при тяжёлом течении и астено-вегетативным синдромом у большинства детей.

Заболевание может сопровождаться осложнениями:

- неотложные состояния: геморрагический отёк лёгких, носовое кровотечение, менингизм;
- осложнения второго порядка связаны с присоединением вторичной флоры: пневмококковые и стафилококковые пневмонии, синуситы, отит, поражение почек;
- возможно поражение нервной системы (невриты, полинейропатии).

Профилактика. Вакцинация живой (капли в нос) или инактивированной вакциной (внутримышечно). Для профилактики гриппа А у взрослых используют римантадин по 100 мг/сут однократно в течение 10-15 дней.

Лечение лёгких и среднетяжёлых форм болезни без осложнений проводится в амбулаторных условиях. Назначают постельный режим на период лихорадки, щадящую диету. С первых часов болезни показана противовирусная терапия – осельтамивир в дозе 150 мг/сут в 2 приёма или имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты (ингавирин) 90 мг однократно. При тяжёлом течении болезни и при пандемическом гриппе доза препаратов увеличивается вдвое и назначается их комбинация. Применяют также препараты из группы индукторов интерферона.

В качестве патогенетической терапии используются рутин, пентоксифиллин, ингибиторы протеаз.

Симптоматическая терапия проводится индивидуально: противокашлевые и отхаркивающие средства, при необходимости ингаляционное применение лазолвана, беродуала и др. Жаропонижающие средства исключительно по показаниям при наличии гипертермии.

Показания к госпитализации больных гриппом – тяжёлое течение болезни, пороки развития ЦНС, патология сердечнососудистой системы, хронические болезни органов дыхания и мочевыводящей системы.

Синдромальные показания к госпитализации, указывающие на тяжёлое течение заболевания: Гипертермия, нарушение сознания, судорожный синдром, многократная рвота, менингеальный и геморрагический синдромы, дыхательная и сердечнососудистая недостаточность.

Решающее значение имеет вакцинопрофилактика гриппа. Для этой цели в настоящее время используются вакцины, представленные в таблице 1.

Таблица 1

Вакцины против сезонного гриппа, зарегистрированные в Российской Федерации и разрешенные для применения в педиатрической практике

Тип вакцин	Характеристика вакцин	Названия вакцин	Способ введения	Противопоказания
Живые	вакцина гриппозная аллантиозная интраназальная живая сухая	вакцина гриппозная аллантиозная интраназальная живая сухая для детей 3-14 лет	интраназаль ный	– возраст до 3 лет; – аллергия к белку куриного яйца; – непереносимость аминогликозидов
Инактивиро ванные	Цельновирioнн ые	вакцина гриппозная инактивирован ная жидкая; Грипповак	интраназаль ный	– возраст до 7 лет; – аллергия к белку куриного яйца; – непереносимость аминогликозидов
	Расщепленные (сплит-вакцины)	Бегривак; Ваксигрип; Флюарикс; Флюоваксин	п/к или в/м	– возраст до 6 мес.; – аллергия к белку куриного яйца; – непереносимость аминогликозидов
	Субъединичные, приготовленные на куриных эмбрионах	Агрипалл; Гриппол; Инфлексал; Инфлюовак	п/к или в/м	– возраст до 6 мес.; – аллергия к белку куриного яйца; – непереносимость аминогликозидов
		Гриппол Плюс	п/к или в/м	– возраст до 3 лет; – аллергия к белку куриного яйца; – непереносимость аминогликозидов
Субъединичные, приготовленные на культуре клеток	Гриппол Нео	п/к или в/м	– возраст до 3 лет; – индивидуальная непереносимость	

Парагрипп

Парагрипп – острое вирусное заболевание верхнего респираторного тракта. Заболевание протекает с явлением ларинготрахеита и стенозом гортани, который при несвоевременном лечении может привести к летальному исходу.

Этиология. Возбудитель парагриппа – РНК-содержащий одноименный вирус, относящийся к семейству Парамиксовирусов. В его структуру входят молекулы гемагглютинина и нейраминидазы, F-белок для синтеза новых вирионов. Одним из малоизученных, но доказанных свойств вируса считается индукция неполной аутофагии в клетках иммунной системы, способствующая усилению внеклеточной продукции парагриппозных вирионов.

Патогенез. Источником инфекции является больной человек, путь передачи преимущественно воздушно-капельный, реже контактно-бытовой. Часто возникают внутрибольничные вспышки в организованных детских коллективах, а также среди военнослужащих. Во внешней среде возбудитель неустойчив, погибает при воздействии ультрафиолета, обычных доз дезинфектантов, быстро инактивируется при кипячении.

Клиническая картина. Патогномоничными симптомами болезни являются воспаление трахеи, гортани, формирование ложного крупа у детей. Также выявляются симптомы интоксикации, лихорадка, заложенность носа, увеличение лимфоузлов. Диагностика патологии основывается на обнаружении вируса парагриппа в биологических материалах и антител к нему в плазме крови. Этиотропная терапия включает противовирусные средства, но лечение преимущественно симптоматическое (жаропонижающие, отхаркивающие, местные сосудосуживающие препараты) [12].

После попадания в верхние дыхательные пути через рото-, носоглотку вирус парагриппа инфицирует мукоцилиарный эпителий, концентрируясь на апикальной поверхности клеток. Из-за высокой скорости репликации возбудителя возникает частичное слияние эпителиоцитов (симпласт), гиперпродукция слизи. Местные воспалительные реакции контролируются иммунными клетками, хемоаттрактантами, количеством синтезируемого секреторного иммуноглобулина А, поэтому инфекция распространяется за пределы дыхательного эпителия верхних респираторных путей только у ослабленных и иммунокомпromетированных лиц.

При парагриппе выявлено повышенное образование интерферона-1, 3, вовлечение пула естественных киллеров, интерферон-индуцируемого Т-клеточного альфа-хемоаттрактанта, интерферон-индуцируемого гамма-белка. Избыточное образование слизисто-гнойного экссудата, скопление секрета в просвете гортани, отечность, рефлекторный спазм приводят к сужению просвета (ложный круп). Тропность нейраминидазы к нервной ткани обуславливает токсическое воздействие, гемагглютинин вызывает повреждения сосудистой стенки, хотя и не такие выраженные, как при гриппе.

Инкубационный период обычно составляет 2-5 дней. Разгару болезни предшествует продромальный период – недомогание, слабость, разбитость, снижение работоспособности, повышение температуры не более 38 °С. Затем появляется заложенность носа, насморк с обильным слизистым отделяемым, першение, сухость и боли в горле, грубый кашель, охриплость голоса. Лихорадка достигает 39 °С и выше. Возникает и прогрессирует осиплость голоса вплоть до афонии, отмечаются болезненные ощущения за грудиной при кашле, незначительное увеличение, чувствительность подчелюстных, заднешейных, редко – подмышечных лимфатических узлов.

Профилактика. Основой профилактики парагриппа являются изоляционные, режимно-ограничительные и санитарно-гигиенические мероприятия. Больных изолируют в домашних условиях или в стационаре, ограничивают посещения заболевшими поликлиник, аптек, общественных мест. Лица, обслуживающие больных, должны носить 4-6-слойные марлевые маски и использовать интраназально 0,25-0,5% оксолин мазь или виферон мазь.

Также неспецифическая профилактика предусматривает использование общих оздоровительных (физическое воспитание, закаливающие процедуры, ультрафиолетовое облучение и витаминизация) и санитарно-гигиенических мероприятий, а также иммунокорректирующих препаратов (адаптогены растительного происхождения)

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция – острое антропонозное вирусное заболевание с аспирационным механизмом передачи

возбудителя, характеризующееся симптомами интоксикации и поражением нижних отделов респираторного тракта с развитием бронхита, бронхиолита и интерстициальной пневмонии.

Этиология. РС-вирус относится к семейству Paramyxoviridae, роду Pneumovirus, имеет однонитевую спиральную минус-РНК. Возбудитель имеет поверхностные антигены, индуцирующие синтез нейтрализующих антител, и нуклеокапсидные антигены: нуклеокапсидный белок и белки полимеразного комплекса, содержащего транскриптазу. На липопротеиновой оболочке вируса расположены 3 трансмембранных гликопротеина G, F и SH. Инфекционный процесс инициируется протеином G, который связывается с клеточным рецептором хозяина. С помощью белка F происходит внедрение нуклеокапсидного комплекса в цитоплазму. Антигенный состав вируса постоянен. РС-вирус человека разделяют на две группы: А и В, каждая из которых имеет подгруппы. Эта классификация основана на антигенном и геномном различии, по белку G. Имеются эпидемические и неэпидемические штаммы, которые отличаются рядом биологических свойств. Существуют высоковирулентные штаммы, слабовирулентные и занимающие промежуточное положение [7, с. 106].

Во внешней среде вирус нестойк, при температуре 37 °С инактивируется в течение 7 ч, а при температуре 55 °С – в течение 5 мин. Вирус погибает при воздействии 20% раствора эфира.

Патогенез. Источник инфекции – больной человек, реконвалесцент и «здоровый» носитель возбудителя. Период заразительности больного начинается с последних 1-2 дней инкубационного периода и составляет в целом 5-7 дней.

Механизм передачи возбудителя – аспирационный, путь передачи – воздушно-капельный. Естественная восприимчивость высокая, особенно в детском возрасте. Постинфекционный иммунитет нестойкий, возможны повторные заболевания через 1-3 года. Заболеваемость РС-вирусной инфекцией регистрируют повсеместно в течение всего года с увеличением в зимне-

весенний период (с января по март). Эпидемические подъёмы заболеваемости, особенно выраженные в крупных городах, характеризуются высокой интенсивностью и продолжительностью до 3-5 мес. Отмечают детский характер заболеваемости: чаще болеют дети до 1 года, среди которых наиболее высоки показатели смертности. Значительна заболеваемость РС-вирусной инфекцией детей в возрасте от 1 года до 4 лет. В структуре ОРВИ на долю РС-вирусной инфекции у детей младшего возраста приходится до 70%. Показано, что при наличии источника инфекции в семье риск инфицирования у детей до 1 года составляет 63 %, у старших детей – 42 %. Взрослые реже вовлекаются в эпидемический процесс за счёт постепенного формирования у них гуморального иммунитета. Группу риска по тяжести течения болезни составляют новорождённые, часто болеющие дети.

Входные ворота для РС-вирусов – дыхательные пути.

Клиническая картина. Для РС-вирусной инфекции характерно своеобразное диффузное разрастание эпителия мелких бронхов, бронхиол и альвеолярных ходов. Вокруг крупных бронхов и в трахее определяются небольшие крупноклеточные и лимфоидные инфильтраты. В лёгких развиваются небольшие ателектазы и эмфизема, полнокровие, очаговые кровоизлияния.

В альвеолах образуется густой экссудат, который состоит из макрофагальных клеток с примесью нейтрофилов и мелкозернистых белковых масс. В просвете бронхов и бронхиол вместе с экссудатом содержатся отдельные клетки и целые пласты слущенного бронхиального эпителия. Нарушение дренажной функции бронхиального дерева приводит к нарушению газообмена и развитию гипоксемии, гиперкапнии, респираторному ацидозу из-за сдвигов кислотно-основного метаболизма. Персистенция РС-вируса в бронхиолах ведёт к развитию хронического бронхита. У детей возможна генерализация процесса, сопровождающаяся развитием изменений в других органах, где происходит разрастание эпителиальных и ретикулярных клеток (кровеносные и лимфатические сосуды, желчевыводящие пути, протоки

поджелудочной железы, почечные каналы). Антигены РС-вируса обнаруживаются в циркулирующих мононуклеарных лейкоцитах. У больных с выраженной иммуносупрессией антиген вируса определяется в печени, почках, миокарде [14, с. 90].

Инкубационный период составляет от 3 до 7 дней. Клинические проявления варьируют от лёгких поражений респираторного тракта до тяжёлых бронхитов и бронхиолитов. В большинстве случаев болезнь развивается постепенно на фоне нормальной или субнормальной температуры тела. Первые признаки болезни – небольшой насморк и умеренная боль в горле (фарингит). В течение нескольких дней температура тела повышается до 37,5-38 °С, появляется кашель – сначала короткий, сухой, а затем влажный, с легко отделяемой мокротой.

Риск развития тяжёлых бронхитов, дыхательной недостаточности наиболее высок у детей до 1 года и у лиц с хроническими болезнями сердца, лёгких, иммунодефицитным состоянием. У детей чаще наблюдаются бронхиты и пневмонии. Возникает синдром острой бронхиальной обструкции. В этот период тяжесть состояния определяется выраженностью дыхательной недостаточности. Появляются одышка, бледность кожных покровов, цианоз. При аускультации в лёгких выслушиваются сухие свистящие хрипы, может быть множество рассеянных мелких и среднепузырчатых влажных хрипов. Обилие мелкопузырчатых влажных хрипов и крепитация характерны для бронхиолита. При перкуссии определяется коробочный звук из-за развития эмфиземы.

Продолжительность лихорадки при РС-вирусной инфекции не превышает 5-7 дней, катаральный синдром сохраняется до 2 нед, физикальные изменения в органах грудной клетки – до 3 нед. Осложнения респираторно-синцитиальной вирусной инфекции обусловлены присоединением бактериальной флоры. Наиболее часто развиваются пневмония и отит.

В госпитализации нуждаются пациенты с тяжёлой формой болезни, дети раннего возраста со среднетяжёлой формой и при развитии осложнений.

Больным с РС-вирусной инфекцией назначают постельный режим на весь острый период.

Профилактика. Профилактика включает в себя эпидемиологические мероприятия (своевременная изоляция больного, своевременное начало лечения, влажная уборка помещения, противовирусная профилактика контактных – арбидол, анаферон, гриппферон и другие препараты); закаливание детей и пропаганда здорового образа жизни; профилактика переохлаждений в эпидемический сезон инфекции (зима-весна).

Аденовирусная инфекция – острая патология, вызываемая аденовирусом. Заболевание проявляется общей интоксикацией организма, воспалением носоглотки, признаками кератоконъюнктивита, тонзиллофарингита и мезаденита [1].

Аденовирусная инфекция имеет широкое распространение. На нее приходится около 10 % всех патологий вирусной этиологии. Наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются в осенне-зимний период из-за снижения системного иммунного статуса.

Этиология. Возбудителем заболевания является аденовирус, который был выделен впервые из аденоидов и миндалин больных детей. Он состоит из ДНК, покрытой капсидом, благодаря которому вирус сохраняет свои патогенные свойства и является устойчивым к холоду, высушиванию, воздействию щелочей, эфира.

Патогенез. Резервуар инфекции – больной или вирусоноситель.

Механизмами передачи возбудителя являются:

1. Аэрозольный или капельный, который реализуется воздушно-капельным путем,
2. Фекально-оральный, реализуемый алиментарным, водным и контактно-бытовым путем.

Вирусы паразитируют в эпителиальных клетках дыхательных путей и тонкого кишечника. Капилляры слизистой расширяются, подслизистый слой гипертрофируется, происходит его инфильтрация лейкоцитами, появляются

точечные гемorragии. Клинически эти процессы проявляются воспалением глотки, миндалин, конъюнктивы, кишечника.

Вирусы с током лимфы проникают в лимфоузлы, накапливаются там, что приводит к развитию периферической лимфаденопатии и мезаденита. Подавляется активность макрофагального звена иммунитета, поражаются эндотелий сосудов, развивается вирусемия.

Возбудители гематогенным путем попадают в различные органы. Часто вирусы фиксируются в печени и селезенке с развитием гепатоспленомегалии.

Клиническая картина. Аденовирусная инфекция у детей проявляется следующими признаками:

Интоксикационный синдром. Ребенок часто капризничает, становится беспокойным, плохо спит, у него ухудшается аппетит, возникает кишечная колика и диарея.

Дыхание носом затрудняется, развивается фарингит, трахеит, тонзиллит. Вначале заболевания отделяемое носа имеет серозный характер, а затем густеет и становится слизисто-гнойным.

Симптомы фарингита – боль и першение в горле, покашливание. Миндалины гипертрофируются и выходят за небные дужки, которые краснеют и отекают. На гиперемированной задней стенке глотки появляются очаги ярко-красного цвета, покрытые слизью или белесоватыми наложениями.

Бронхит развивается при присоединении бактериальной инфекции. Он проявляется сухим, навязчивым кашлем, который сильно беспокоит малыша. Спустя некоторое время кашель увлажняется, и появляется мокрота.

Конъюнктивит – частый признак заболевания, который появляется к 5 дню недомогания. Детей беспокоят резь и жжение в глазах, боль, слезоточивость, ощущение помехи, зуд. Слизистая глаз краснеет и отекает, ресницы слипаются, на них появляются корочки, представляющие собой засохшее отделяемое воспаленной конъюнктивы.

Возможно развитие гастроэнтерита, а также распространение инфекции на мочевыводящие пути, что проявляется жжением при мочеиспускании и появлением крови в моче.

Больной ребенок имеет типичный внешний вид: пастозное лицо, отечные и гиперемированные веки, суженная глазная щель. При пальпации обнаруживаются подвижные и увеличенные лимфоузлы. Для маленьких детей характерно нарушение стула – диарея.

У грудничков заболевание развивается крайне редко, что связано с наличием пассивного иммунитета. Если инфицирование все же произошло, то заболевание протекает тяжело, особенно у детей с перинатальной патологией. У больных после присоединения бактериальной инфекции появляются признаки дыхательной недостаточности. Это может привести к летальному исходу.

По степени тяжести выделяют три формы аденовирусной инфекции:

- Легкая – с температурой менее 38,5 °С и интоксикацией.
- Среднетяжелая – с температурой до 40°С без интоксикации.
- Тяжелая – с развитием осложнений: воспаления бронхов или легких, кератоконъюнктивита.

Осложнения патологии у детей – воспаление среднего уха, круп, бронхит, пневмония, энцефалит, дисфункция сердечно-сосудистой системы, пятнисто-папулезная сыпь на коже.

Профилактика. Основой профилактики аденовирусной инфекции являются изоляционные, режимно-ограничительные и санитарно-гигиенические мероприятия. Больных изолируют в домашних условиях или в стационаре, ограничивают посещения заболевшими поликлиник, аптек, общественных мест. Лица, обслуживающие больных, должны носить 4-6-слойные марлевые маски и использовать интраназально 0,25-0,5% оксолиновую мазь или вифероновую мазь . В детских коллективах проводят разобщение на 10 дней после изоляции больного.

1.2 Бронхиты и бронхиолиты

Бронхит – воспалительное заболевание бронхов различной этиологии (инфекционной, аллергической и др.). Пик заболеваемости бронхитом приходится на первые 2 года жизни. В среднем в течение года бронхит переносят около 10 % детей. У 20 % детей раннего возраста, больных острыми респираторными заболеваниями, имеются явления бронхита. Выделяют следующие формы бронхита:

- острый простой бронхит;
- острый обструктивный бронхит;
- бронхиолит;
- рецидивирующий бронхит;
- хронический бронхит;
- облитерирующий бронхиолит [5].

Острый простой бронхит – острое воспаление слизистой оболочки бронхов, вызываемое различными инфекционными, реже физическими или химическими факторами. Чаще всего он бывает осложнением (проявлением) острых респираторных заболеваний и реже встречается как самостоятельное заболевание. Распространённость острых бронхитов у детей – 100-200 случаев на 1000 детей в год. Среди госпитализированных в педиатрическое отделение число детей с бронхитом составляет 1/2-3/4 всех больных [15, с. 39].

Этиология. В этиологии бронхита высока роль вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, респираторно-синцитиальной инфекции, корона- и риновирусов, ЕСНО- и Коксаки-вирусов, а также бактериальных возбудителей, таких, как *Chlamydomphila pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*. Бактериальная флора редко бывает единственной причиной острого бронхита у детей, чаще она активизируется при повреждении слизистой оболочки дыхательных путей или нарушении проходимости бронхов (длительная интубация, трахеостома, вдыхание

раздражающих или ядовитых веществ, аспирация токсичного материала, привычная аспирация пищи, инородное тело, стенозирующий ларинготрахеит, парез дыхательных мышц и др.). Промышленное загрязнение атмосферного воздуха, пассивное курение усугубляют течение бронхита. Развитию бронхитов способствует загрязнение окружающей среды различными аллергенами. Заболеваемость пассивных курильщиков растёт параллельно с интенсивностью курения окружающих.

Патогенез. Воздействие патогенов, тропных к эпителию респираторного тракта, оказывает повреждающее действие, угнетает барьерные функции, создаёт условия для активации бактериальной флоры и вызывает воспаление слизистой оболочки трахеи и бронхов крупного калибра, при этом не наблюдают признаков дыхательной недостаточности. Повреждение бронхиального эпителия ведёт к нарушению выработки слизистого секрета, движения ресничек и очищения (мукоцилиарного клиренса) бронхов. В результате активации патогенной флоры мокрота приобретает слизистогнойный характер.

Клиническая картина. Оценка клинической картины бронхитов не представляет трудностей. Характерно острое начало с лихорадочной реакцией, интоксикацией, выраженность которых зависит от вида возбудителя, с кашлем и характерными физикальными проявлениями. Основным признаком бронхита - кашель, который в начале заболевания сухой и навязчивый. Бронхиту сопутствует и трахеит, при котором возникает ощущение давления или боли за грудиной. Мокрота чаще имеет слизистый характер, на 2-й неделе заболевания она может приобретать зеленоватый цвет (примесь гноя - лейкоциты + фибрин + слизь). Кашель обычно продолжается до 2 недель. Более длительный кашель наблюдают у грудных детей при РС-инфекции, а у более старших - при микоплазменной и аденовирусной инфекциях. При трахеите и трахеобронхите с фибринозными наложениями кашель может беспокоить в течение 4-6 недель при отсутствии других симптомов.

При осмотре детей не выявляют признаков дыхательной недостаточности (одышка и цианоз отсутствуют, вспомогательная мускулатура не принимает участия в акте дыхания) [13, с. 28].

При пальпации и перкуссии изменения в лёгких отсутствуют. Аускультативно выслушивается жёсткое дыхание. Хрипы выслушиваются с обеих сторон в разных отделах лёгких, при кашле изменяются. В начале болезни хрипы сухие, а со временем появляются незвучные, влажные разнокалиберные соответственно диаметру поражённых бронхов. Длительность болезни в большинстве случаев не более 7-10 суток, хотя кашель может длиться 2-3 недель.

Профилактика. Профилактические меры по предупреждению бронхита включает в себя: ликвидацию или ослабление воздействия на органы дыхания вредных факторов (запыленности, загрязнённости воздуха, курения), своевременное лечение хронических инфекций, профилактику аллергических проявлений, повышение иммунитета, здоровый образ жизни.

Острый бронхиолит – тяжёлое воспалительное заболевание нижних дыхательных путей с преимущественным поражением мелких бронхов и бронхиол.

Этиология. Развитие бронхиолита связано с преимущественной этиологической ролью респираторно-синтициального вируса, вируса парагриппа типа 3. Это наиболее тяжёлая форма острого бронхита, которая характерна для детей 1-го года жизни, а именно 1-го полугодия. Именно этот возраст характеризуется морфогенезом лёгких с развитием терминальных бронхиол и капиллярной сети, причём на процессы роста и развития бронхиол приходятся первые 2-6 месяцев жизни, а интенсивный альвеологенез – первые 18 месяцев. Именно поэтому, инфекционное воспаление развивается преимущественно в мелких и мельчайших сегментах бронхов.

Патогенез. Гиперсекреция слизи и гиперплазия слизистой оболочки становятся основой тяжёлой обструкции на уровне бронхиол. Увеличение работы мускулатуры грудной клетки и включение в работу дополнительной

мускулатуры приводят к увеличению объёма вдоха, однако это не влияет на объём выдоха и вызывает увеличение остаточного воздуха в альвеолах. В результате возникают неэффективность дыхания, снижение отношения общего объёма лёгких к объёму остаточного воздуха, недостаточность внешнего дыхания, гипоксемия, гиперкапния и эмфизема.

Клиническая картина. Состояние ребёнка при бронхиолите может быть очень тяжёлым. Характерна выраженная одышка экспираторного или смешанного характера с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением уступчивых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, цианозом. При перкуссии у ребёнка над лёгкими отмечают коробочный оттенок перкуторного звука, при аускультации – удлинённый выдох, преобладают диффузные влажные мелкопузырчатые хрипы, отмечается «ротовая крепитация». Тяжесть состояния ребёнка с бронхиолитом связана с синдромом дыхательной недостаточности, а не интоксикации, последнее более характерно для пневмонии. Изменения в периферической крови соответствуют таковым при вирусной инфекции [19, с. 140].

Осложнения могут развиваться при прогрессировании дыхательных расстройств (апноэ и асфиксия, пневмоторакс, медиастинальная эмфизема, ателектазы). Вне рецидива общее состояние страдает мало, наблюдают повышенный кашлевой рефлекс при охлаждении, физической нагрузке, нервно-психическом напряжении.

Профилактика. При бронхиолитах профилактика сводится к закаливанию, рациональному питанию (у детей, находящихся на естественном вскармливании, бронхиолиты встречаются достоверно реже, чем у детей, рано переведенных на искусственное вскармливание), предупреждению контакта с больными РС-инфекцией, раннему применению интерферона или лаферона при первых признаках ОРВИ. Иммунофлюоресцентная диагностика РС-инфекции, ранняя изоляция таких больных, настойчивое лечение предупреждают распространение РС-инфекции в детских коллективах.

Таким образом, профилактика заболеваний органов дыхания у детей связана с профилактикой ОРИ и заключается в закаливании ребёнка, организации занятий спортом и обеспечении полноценным, сбалансированным питанием. Профилактика респираторных заболеваний включает также предсезонную вакцинацию против гриппа, профилактический приём противовирусных препаратов.

В период эпидемического подъема заболеваемости гриппом в детских дошкольных учреждениях новых детей в коллектив не принимают, исключают перевод детей из группы в группу; проводят ежедневный утренний осмотр и термометрию, при малейших признаках заболевания детей в организованный коллектив не допускают. Обеспечивают тщательную изоляцию групп, отменяют общие мероприятия, по возможности уменьшают численность групп.

ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

2.1 Роль медицинской сестры в ДООУ в профилактике заболеваний органов дыхания у детей

Базой исследования выступило муниципальное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 33 г. Белгорода».

МДОУ «Детский сад № 33 г. Белгорода» функционирует в режиме с 12- часовым пребыванием детей – с 07.00 часов до 19.00 часов (выходные – суббота, воскресенье и праздничные дни) – с организованным дневным сном и 4-х разовым приемом пищи с интервалом 3-4 часа в зависимости от возраста детей.

В детском саду 6 групп с наполняемостью по 30 человек:

- 2 младшая группа № 1 «Звездочки»;
- 2 младшая группа № 2 «Лучики»;
- средняя группа № 3 «Солнышко»;
- старшая группа № 4 «Капельки»;
- подготовительная группа № 5 «Радуга»;
- подготовительная группа № 6 «Улыбка».

Непременным условием здорового образа жизни и успешного развития детей является правильный режим.

Решение образовательных задач осуществляется, как в виде непосредственно образовательной деятельности, так и в виде образовательной деятельности, осуществляемой в ходе режимных моментов (решение образовательных задач сопряжено с одновременным выполнением функций по

присмотру и уходу за детьми – утренним приемом детей, прогулкой, подготовкой ко сну, организацией питания и др.).

Основу режима дня составляет установленный распорядок сна и бодрствования, приемов пищи, гигиенических и оздоровительных процедур, организованной образовательной деятельности, прогулок и самостоятельной деятельности детей.

При осуществлении режимных моментов учитываются индивидуальные особенности ребенка (длительность сна, темп деятельности и т.д.).

Максимальная продолжительность непрерывного бодрствования детей до 3 лет составляет 4 часа, 3-7 лет – 5 часов 10 минут.

Во время утреннего приема не принимаются дети с явными признаками заболевания: сыпь, сильный насморк, кашель, температура. Если в течение дня у ребенка проявляются первые признаки заболевания (повышение температуры, рвота, сыпь, диарея) родители будут об этой извещены и должны будут как можно быстрее забрать ребенка из медицинского изолятора ДООУ.

Переход медсестер из системы образования в систему здравоохранения разграничил полномочия образования и здравоохранения в вопросе охраны здоровья детей. Функцию оказания первичной медико-санитарной помощи, то есть то, что в первую очередь входит в должностные обязанности медсестер, закон закрепил за здравоохранением. Функцию санитарного контроля – за образовательными организациями.

Образовательные организации обязаны создавать условия для охраны и укрепления здоровья детей (п. 15 ч. 3 ст. 28 федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и п. 13 ст. 2 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Однако непосредственно медицинскую деятельность они не осуществляют и медицинскими организациями считаться не могут, поскольку созданы для образовательной, а не медицинской деятельности в качестве основной (п. 18 ст. 2 Федерального закона № 273-ФЗ).

В обязанность ДОО входит предоставить помещения с соответствующими условиями для медицинских работников, которые выведены из штата образовательных учреждений и состоят в штате медицинских организаций (ч. 3 ст. 41 Федерального закона № 273-ФЗ).

Таким образом, медицинскую деятельность в детских садах осуществляют медработники, закрепленные органами здравоохранения за образовательными организациями.

В приказе Минздрава от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» указано, что медсестра должна контролировать, как соблюдаются санитарно-гигиенические требования к условиям и организации питания. В статье 37 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» указано, что питание детей возлагается на организации, осуществляющие образовательную деятельность. В статье 41 того же закона прописано, что первичную медико-санитарную помощь должны оказывать органы исполнительной власти в сфере здравоохранения.

Положение приказа Минздрава от 05.11.2013 № 822н говорит, что медработники должны оказать детям первичную медико-санитарную помощь в экстренной форме и неотложной форме, в том числе при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, а также проводить профилактику заболеваний.

Работа медсестры в МДОУ «Детский сад № 33 г. Белгорода» состоит из профилактических мероприятий по охране жизни и здоровья воспитанников. Но в детском саду много режимных моментов, где без систематического контроля не обойтись. Организация закаливающих процедур, сна, проведения прогулок, рационального питания, санитарно-гигиеническое состояние помещений – задачи, решаемые медицинской сестрой в детском саду.

От того, как организована профилактика заболеваний в детском саду, зависит физическое и нервно-психическое развитие детей и их заболеваемость.

В МДОУ «Детский сад № 33 г. Белгорода» медицинская сестра составляет план санитарно-гигиенического контроля. Мероприятиями, направленными на профилактику заболеваний органов дыхания являются: контроль температурного режима помещений, соблюдение гигиены работниками сада, проведение спортивных занятий и подвижных игр, дней здоровья и т.д.

В период вакцинации необходимо ведется разъяснительная работа с родителями: подробно рассказывается об инфекции, вакцине, специфике прививки и особенностях течения поствакцинального процесса.

Дети, посещающие детский сад, относятся к группе риска по заболеваниям, передаваемым воздушно-капельным путем, в том числе гриппом. Вакцинация проводится ежегодно в преддверии осенне-зимнего сезона. В первый год иммунизация проводится двукратно с интервалом 30 дней. Последующие годы однократно. Прививка от гриппа помогает не только снизить риск заболевания ребенка, облегчить течение заболевания, но и препятствует распространению инфекции в организованном коллективе.

В целях исследования роли медицинской сестры в ДООУ в профилактике заболеваний органов дыхания у детей нами было проведено анкетирование 30 родителей второй младшей группы № 2 МДОУ «Детский сад № 33 г. Белгорода». Анкета представлена в приложении 1.

Как показано на рис. 1, в анкетировании приняло участие 9 мужчин (30 %) и 21 женщина (70 %).

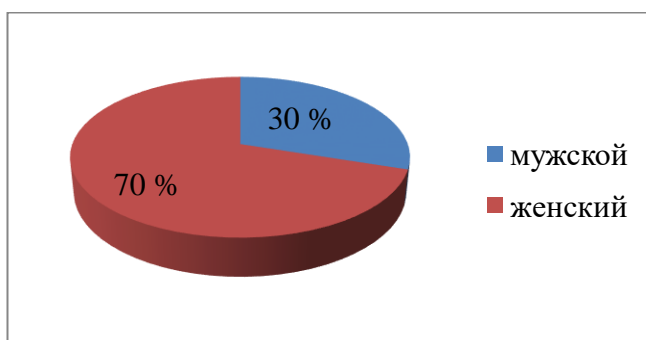


Рис. 1. Распределение родителей по половому признаку

На рис. 2 отражено распределение родителей по возрасту. Возраст большинства родителей составляет 31-40 лет (56,7 %), 26,7 % родителей находятся в возрасте 20-30 лет, 16,7 % - старше 41 года.

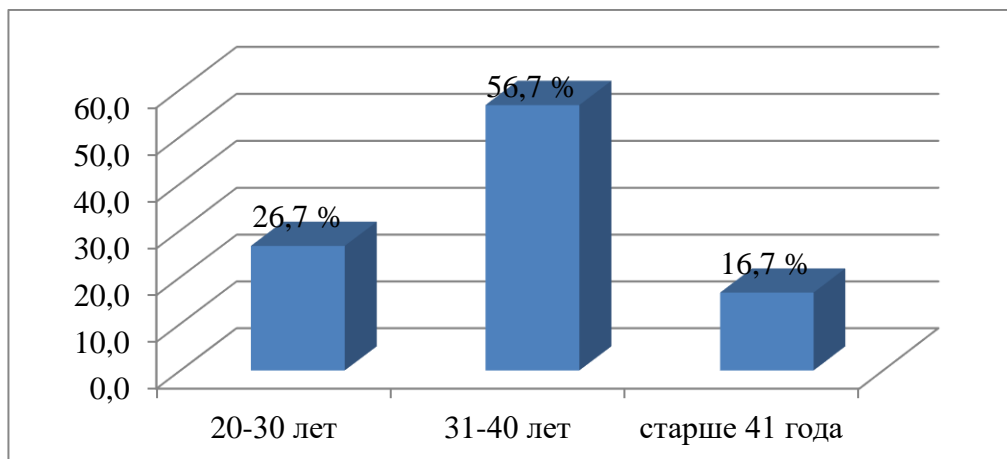


Рис. 2. Распределение родителей по возрасту

Ответы родителей на вопрос: «Считаете ли вы грипп опасной инфекцией?» представлены на рис. 3.

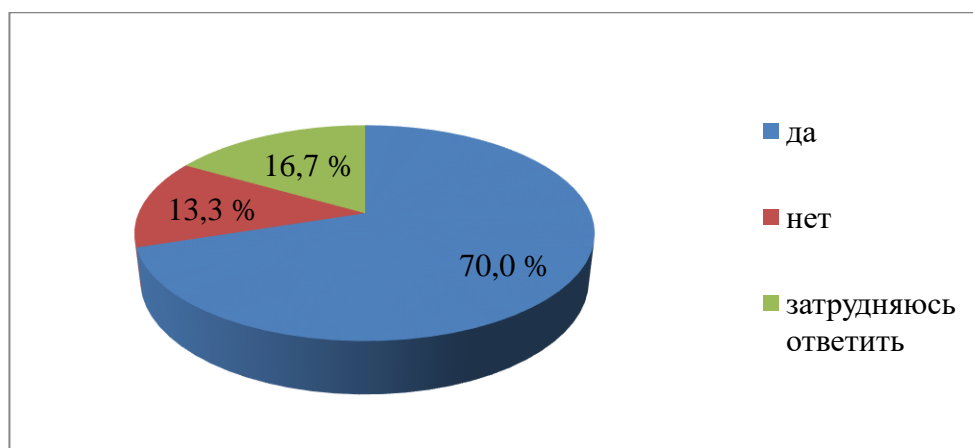


Рис. 3. Ответы родителей на вопрос: «Считаете ли вы грипп опасной инфекцией?»

Как показал анализ рис. 3, 70,0 % родителей (21 человек) считают грипп опасной инфекцией, 13,3 % (4 человека) имеют противоположную точку зрения, 16,7 % родителей (5 человек) затруднились ответить.

Из путей передачи ОРВИ 19 человек (63,3 %) отмечают воздушно-капельный путь, 9 человек (30,0 %) – контактный, 2 человека (6,7 %) считают, что ОРВИ передается через продукты питания (рис. 4).

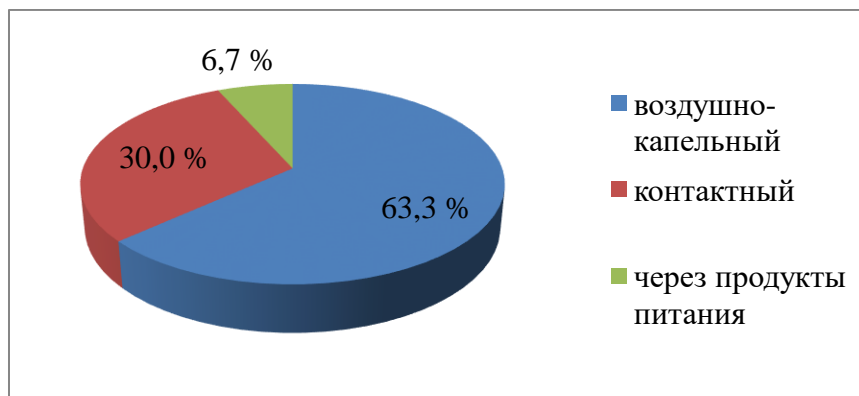


Рис. 4. Пути передачи ОРВИ

На вопрос «Ваши действия при заболевании ребенка ОРВИ» 23 родителей (76,7 %) ответили, что сразу покажут ребенка врачу; 5 родителей (16,7 %) будут лечить ребенка лекарствами самостоятельно, 2 родителя (6,7 %) воспользуются народными средствами (рис. 5).

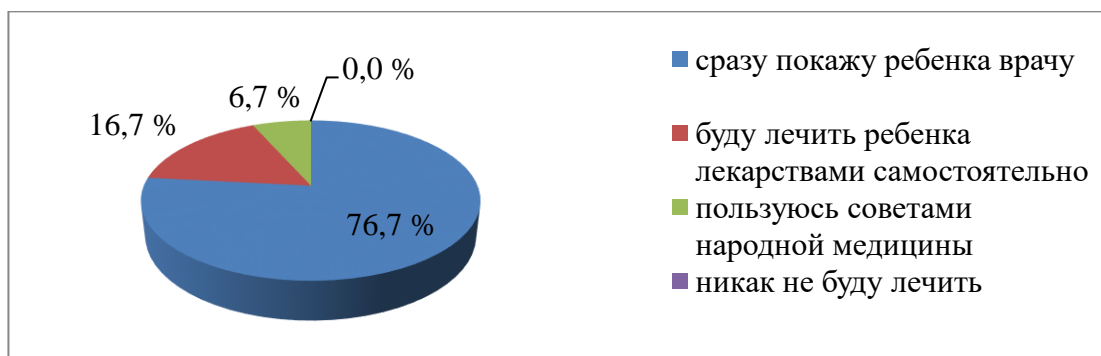


Рис. 5. Действия при заболевании ребенка ОРВИ

Рис. 6 отражает уровень информированности родителей о профилактике заболеваний органов дыхания у детей.

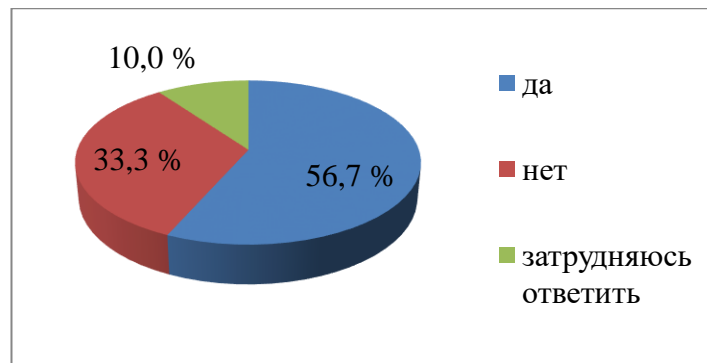


Рис. 6. Информирование медсестрами родителей о профилактике заболеваний органов дыхания у детей

Анализ показал, что 17 родителей (56,7 %) считают себя проинформированными медсестрой о профилактике заболеваний органов дыхания у детей, 10 родителей (33,3 %) не владеют такой информацией от медицинской сестры, 3 человека (10,0 %) затруднились ответить.

Как показано на рис. 7, основную информацию о профилактике заболеваний органов дыхания у детей большинство родителей – 13 человек (43,3 %) получает из теле- и радиопередач, 9 человек (30,0 %) – из бесед с медицинской сестрой, 6 человек (20,0 %) – из сети Интернет, 2 человека (6,7 %) находят в буклетах, памятках, журналах.

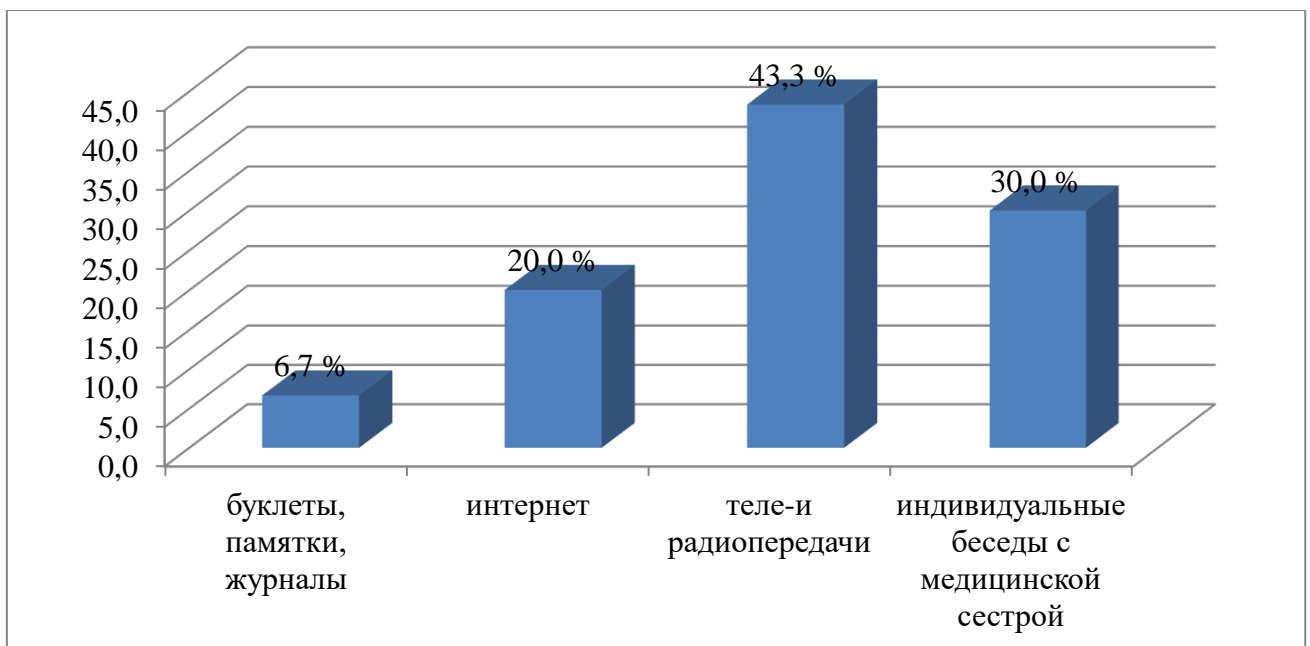


Рис. 7. Источники информации о профилактике заболеваний органов дыхания у детей

Большинство опрошенных – 25 человек (83,3 %) нуждаются в дополнительной информации о профилактике заболеваний органов дыхания у детей, 5 человек (16,7 %) – не нуждаются (рис. 8).

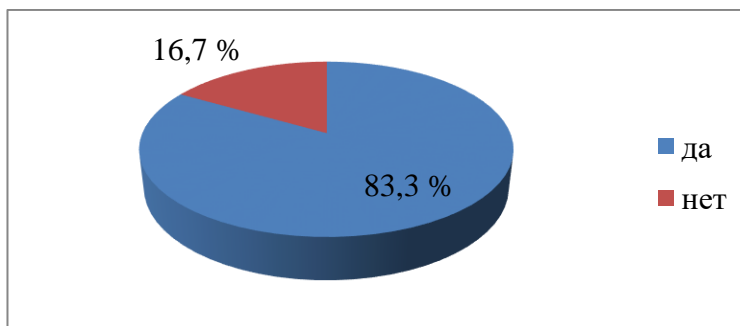


Рис. 8. Нуждаемость в дополнительной информации

Относительно оценки эффективности вакцинации против гриппа мнения родителей распределились следующим образом (рис. 9): 14 человек (46,7 %) считают, что вакцинация может предотвратить заболевание; 13 человек (43,3 %) отмечают, что вакцинация не оказывает никакого влияния; 3 человека (10,0 %) считают, что вакцинация делает только хуже.

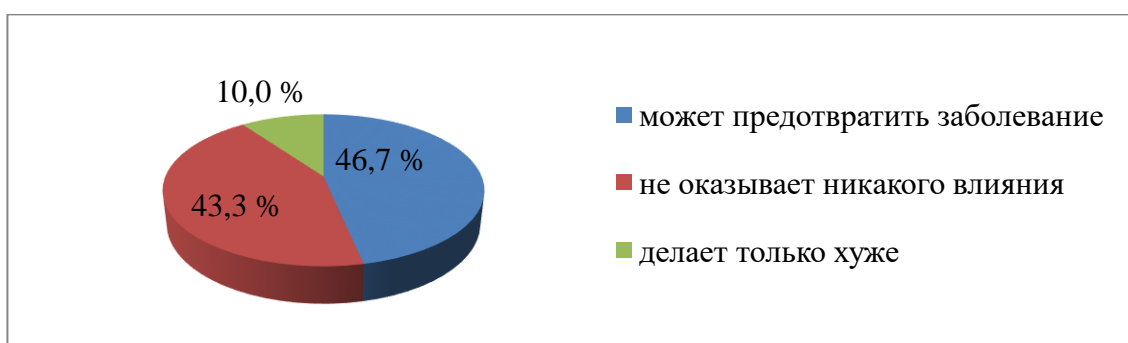


Рис. 9. Оценка эффективности вакцинации против гриппа

Прививки от гриппа в данной группе всегда делают 12 родителей (40,0 %), 11 родителей (36,7 %) не делают прививки никогда, 7 родителей (23,3 %) делают прививки иногда (рис. 10).

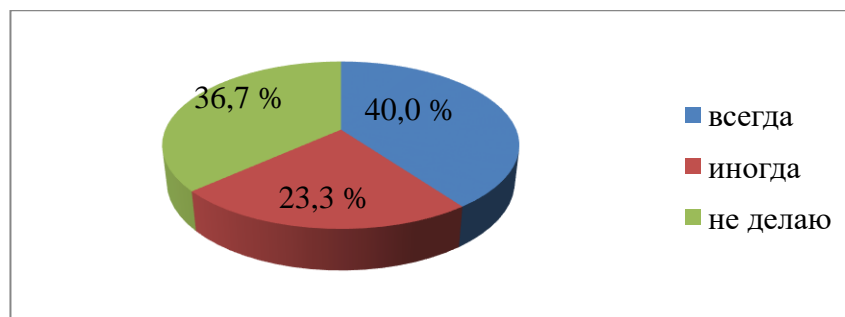


Рис. 10. Частота вакцинации против гриппа

Большинство родителей – 18 человек (60,0 %) считают, что прививать ребенка от гриппа нужно ежегодно в начале осени; 7 человек (23,3 %) придерживаются мнения, что необходимо прививаться за 2-3 недели до прогнозируемого начала эпидемии гриппа; 5 человек (16,7 %) отметили, что лучше прививаться поздно, чем никогда (рис. 11).

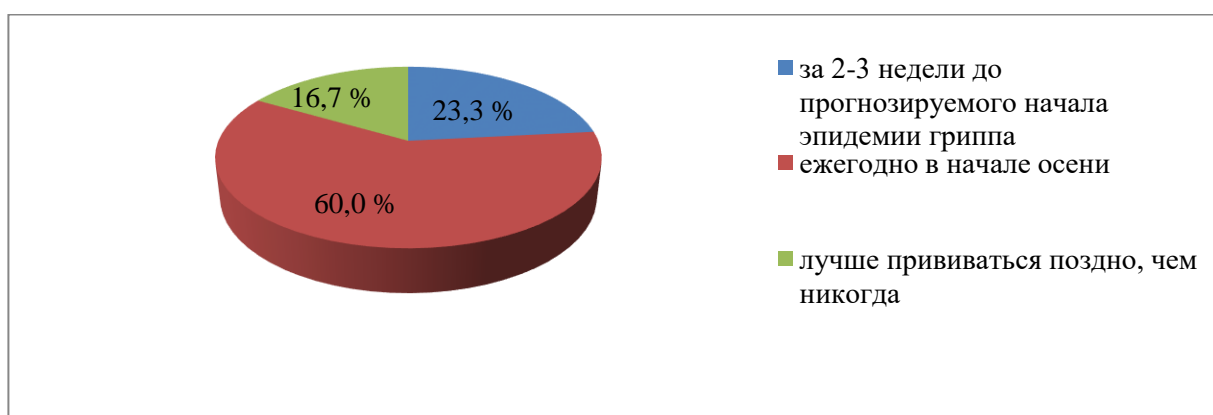


Рис. 11. Подходящее время для вакцинации против гриппа

Ниже представлены ответы родителей на вопросы об эффективности различных проводимых профилактических мероприятий.

На вопрос: «Роль медицинской сестры в проведении закаливания для профилактики заболеваний органов дыхания?» ответы представлены на рис. 12.

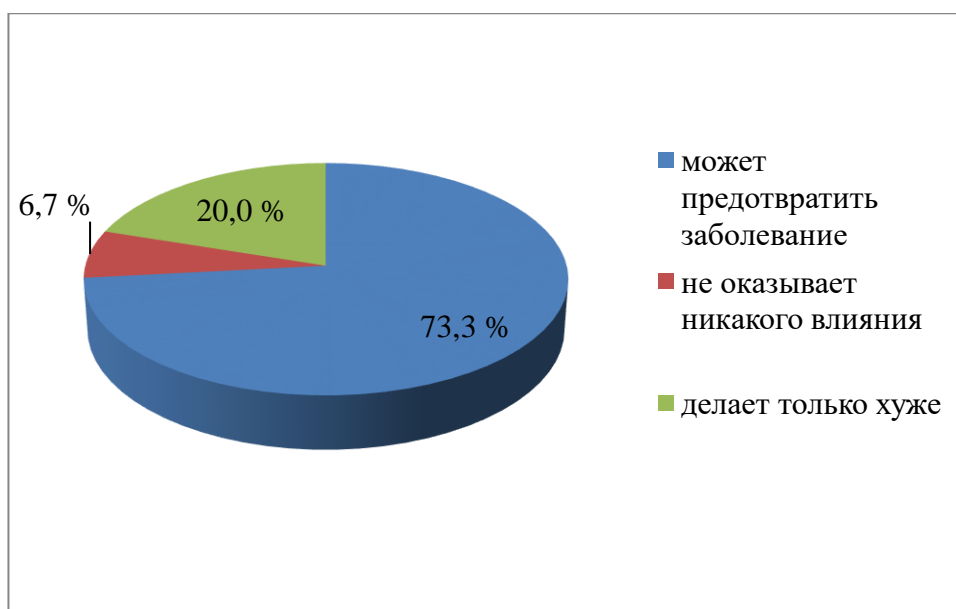


Рис. 12. Роль медицинской сестры в проведении закаливания для профилактики заболеваний органов дыхания

Положительное влияние медицинской сестры в проведении закаливания для профилактики заболеваний органов дыхания отмечают 22 родителя (73,3 %), 6 родителей (20,0 %) считают, что делает только хуже, 2 родителей (6,7 %) отмечают, что не оказывает никакого влияния.

Об эффективности влияние прогулок на профилактику заболеваний органов дыхания мнения родителей сошлись (рис. 13), все опрошенные единогласно ответили (100 %), что прогулки оказывают положительное воздействие на профилактику заболеваний органов дыхания у детей.

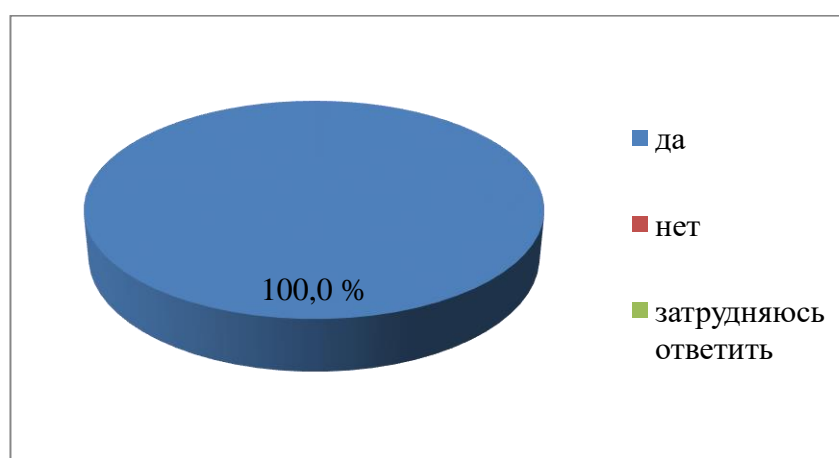


Рис. 13. Эффективность прогулок в профилактике заболеваний органов дыхания

Как показано на рис. 14, 17 родителей (56,7 %) считают, что посещение ребенком соляной комнаты может предотвратить заболевание органов дыхания, 11 родителей (36,7 %) считают, что она не оказывает никакого влияния, по мнению двух родителей (6,7 %), посещение соляной комнаты делает только хуже.

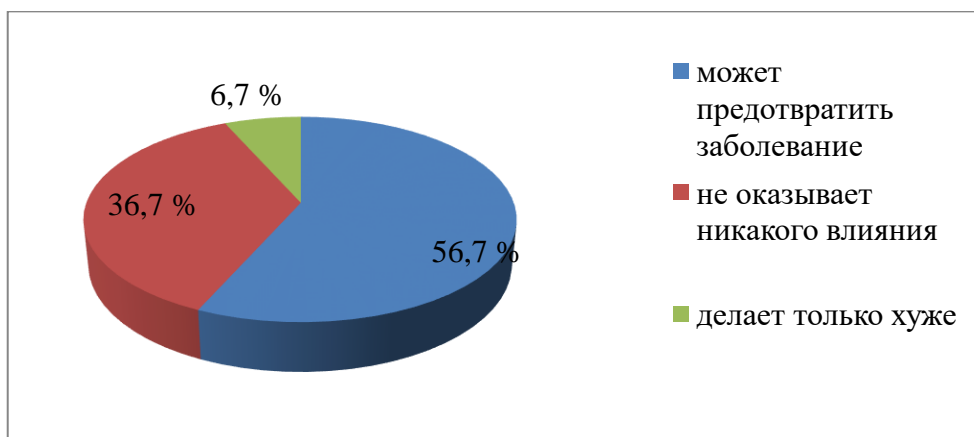


Рис. 14. Эффективность соляной комнаты в профилактике заболеваний органов дыхания

Одной из наиболее эффективных мер профилактики заболеваний органов дыхания родители считают ЛФК. Так, 24 человека (80,0 % опрошенных) отмечают эффективность ЛФК, 6 человек (20,0 %), что занятия ЛФК не оказывают влияния (рис. 15).

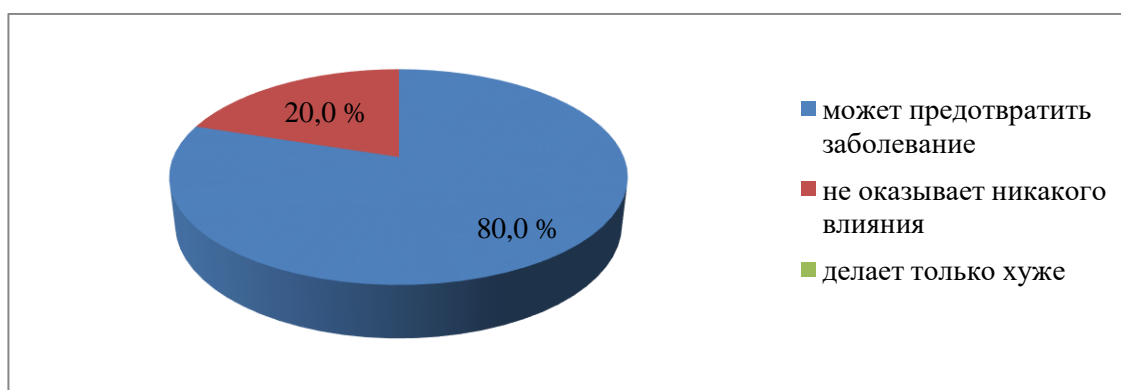


Рис. 15. Эффективность ЛФК в профилактике заболеваний органов дыхания

Относительно роли медсестры в эффективности физпроцедур в профилактике заболеваний органов дыхания мнения родителей распределились следующим образом: 17 человек (56,7 %) считают, что физпроцедуры,

проводимые медицинской сестрой, могут предотвратить заболевание; 12 человек (40,0 %) отмечают, что физпроцедуры не оказывают никакого влияния; 1 человек (3,3 %) считают, что физпроцедуры, проводимые медицинской сестрой, делают только хуже (рис. 16).

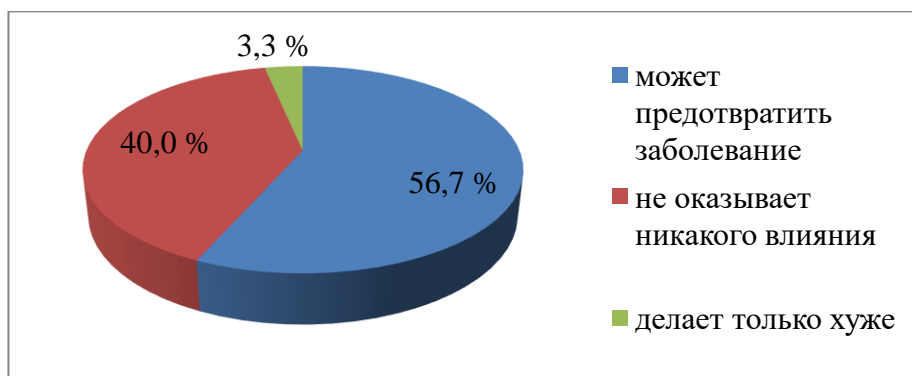


Рис. 16. Роль медицинской сестры в эффективности физпроцедур в профилактике заболеваний органов дыхания

Как показано на рис. 17, 28 родителей (93,3 %) отмечают необходимость проведения мероприятий по профилактике заболеваний органов дыхания в дошкольном общеобразовательном учреждении, только 2 человека (6,7 %) считают, что такие мероприятия в ДОО не нужны.

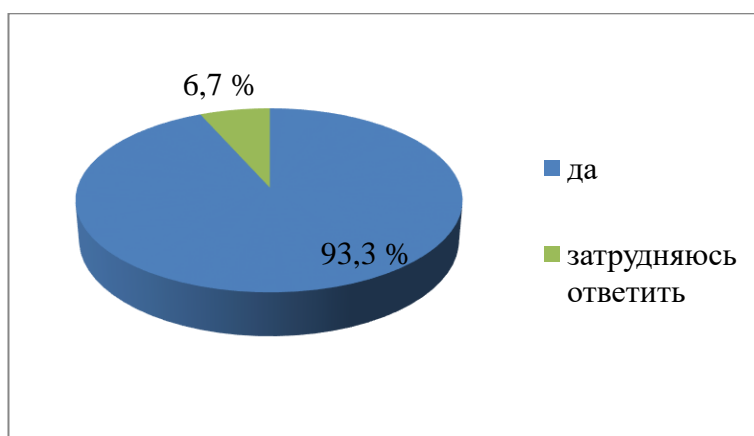


Рис. 17. Необходимость проведения мероприятий по профилактике заболеваний органов дыхания в ДОО

Все опрошенные родители отмечают, что медицинская сестра проводит санитарно-просветительную работу в МДОУ «Детский сад № 33 г. Белгорода» и регулярно осматривает детей в сезон заболевания ОРВИ.

Таким образом, большинство родителей отмечают важность роли медицинской сестры в дошкольном общеобразовательном учреждении в профилактике заболеваний органов дыхания у детей. Основная деятельность медицинской сестры заключается в организации санитарно-просветительной работы, которую следует проводить среди родителей детей, педагогов детских образовательных учреждений.

2.2. Рекомендации по профилактике заболеваний органов дыхания у детей в ДОУ

Для профилактики заболеваний органов дыхания у детей в МДОУ «Детский сад № 33 Г. Белгорода» медицинской сестре были даны следующие рекомендации.

1. Для предупреждения ОРВИ гриппа имеют значение организационные и противоэпидемические меры (экспозиционная профилактика):

- ранняя диагностика и изоляция больных детей;
- регулярное проветривание помещений;
- систематическая влажная уборка с 1% раствором хлорамина.

2. В период эпидемии гриппа и ОРВИ рекомендуется ведение масочного режима со сменой масок через 2 часа отдельным категориям сотрудников (медицинские работники, воспитатели, помощники воспитателя, работники пищеблока) и для родителей, приводящих и забирающих детей.

3. Необходимо регулярно проводить беседы с родителями о формировании здорового образа жизни у ребенка, а именно соблюдение режима питания у ребенка в зависимости от возраста. Рациональное питание детей обеспечивается научно обоснованными (оптимальными) нормами

потребления незаменимых и заменимых пищевых веществ: белков, аминокислот, жиров, эссенциальных жирных кислот (линолевая, линоленовая, арахидоновая), углеводов, витаминов, макро- и микроэлементов, воды.

4. Использование метода галотерапии в качестве меры первичной профилактики позволяют снизить заболеваемость ОРВИ и гриппом, а также риск их осложнений у детей более чем в 2 раза. С помощью галотерапии реализуется эффективная профилактика и лечение аллергии.

«Соляная пещера» (галокамера) представляет собой отдельное помещение, которое оборудовано специальным образом. Все поверхности в нем покрыты соляными блоками. Это позволяет создавать в комнате максимально благоприятный для человека уровень влажности, давления и температуры. Ионный состав атмосферы в «соляной пещере» особый из-за тщательно подобранного набора химических элементов солевой лампы-галогенератора, которая является основным оздоровительным элементом помещения, создающим насыщенную атмосферу отрицательно заряженных ионов. Масса этих ионов распределяется по данному помещению естественным путем, затем частицы медленно оседают на всех поверхностях, что способствует активному снижению концентрации микроорганизмов воздушной среды. Ионы соли в данной «солевой пещере» очень мелки и обладают высокой проникающей способностью. Кроме того, установлено, что воздух «соляной пещеры» полезен при патологиях дыхательной, эндокринной, нервной, иммунной систем и болезнях кожи.

Таким образом, посещение соляной комнаты является современным эффективным немедикаментозным методом оздоровления и реабилитации детей.

5. В оздоровлении часто болеющих детей и профилактике заболеваний органов дыхания важное значение имеет систематическое проведение специальных комплексов лечебной физкультуры, направленных на обеспечение хорошего дренажа бронхов и повышение тонуса дыхательной

мускулатуры (особенно диафрагмы). Примерный комплекс упражнений представлен в приложении 2.

6. За счет широкого использования физиотерапии возможно уменьшить количество принимаемых медикаментов, снизить аллергическую настроенность организма детей, повысить иммунитет. Физиотерапевтические процедуры позволяют ускорить процесс выздоровления. Физиотерапия является профилактикой обострения хронических заболеваний, их частоты и длительности рецидивов. Среди физиотерапевтических процедур можно отметить: КУФ носа и зева, щелочные ингаляции, аэрозольные ингаляции.

7. Кислородный коктейль является доступным, эффективным, а главное безопасным при правильном применении средством для лечения и профилактики заболеваний у детей, начиная с раннего возраста, которое они принимают с удовольствием.

В составе кислородного коктейля присутствует три группы ингредиентов:

- жидкая часть (вода, молоко, сиропы, соки, отвары и экстракты лечебных трав и плодов);
- пенообразующие компоненты (раствор желатина, сироп корня солодки или яичный белок);
- кислород, составляющий до 95 % воздушной смеси.

Обычно такие напитки назначают несколько раз в год в качестве оздоровительных курсов в период, когда время прогулок на свежем воздухе ограничивается из-за сезонных капризов погоды.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании исследования современных публикаций по проблеме профилактики заболеваний органов дыхания среди детей можно сделать следующие выводы: заболевания органов дыхания у детей составляют большую группу заболеваний, разнородных по этиологическому фактору, общей чертой является формирование синдрома дыхательной недостаточности, интоксикационного синдрома, что нарушает общее состояние ребенка.

Важно также отметить, что частые острые респираторные вирусные заболевания, такие как грипп, аденовирусная инфекция, а также респираторно-синцитиальная вирусная инфекция являются частыми причинами в формировании хронических бронхитов, развитием острой вирусной пневмонии, некоторые авторы находят взаимосвязь с бронхиальной астмой.

На сегодняшний день разработаны рациональные схемы лечения в педиатрии и детской пульмонологии, новейшие методы диагностики, профилактические и реабилитационные программы, что значительно позволяет снизить процент осложнений и хронизации заболеваний органов дыхания.

Ключевая роль в профилактике заболеваний органов дыхания у детей в ДООУ принадлежит медицинской сестре. Ее деятельность определяется множеством направлений. В первую очередь медицинская сестра ответственна за вакцинопрофилактику детей (согласно национальному календарю прививок, и по медицинским показаниям), также мероприятия по формированию здорового образа жизни ребенка, с этой целью проводится регулярная санитарно-просветительная работа с родителями и с различными возрастными категориями детей в ДООУ.

Основными мероприятиями, рекомендуемыми нами медицинской сестре в качестве профилактики заболеваний органов дыхания детей в ДООУ, являются: экспозиционная профилактика (ранняя диагностика и изоляция больных детей, регулярное проветривание помещений, систематическая влажная уборка с 1%

раствором хлорамина); санитарно-просветительная работа с родителями; организация посещения соляной комнаты; проведение комплексов ЛФК; физиотерапевтические процедуры; прием кислородных коктейлей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аденовирусная инфекция у детей и взрослых: признаки, лечение [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://uhonos.ru/infekcii/adenovirusnaya/#h2_0.
2. Аношкина, Е.В. Исследование тенденций первичной заболеваемости болезнями органов дыхания детей в Российской Федерации / Е.В. Аношкина [Текст] // Социально-экономические и естественно-научные парадигмы современности: материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции: в 2 х частях. – Ростов-на-Дону: Южный университет (ИУБиП), 2018. – С. 169-173.
3. Вирусные болезни [Текст]: учебное пособие / под ред. Ющука Н.Д. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2016. – 640 с.
4. Воздушно-капельные инфекции. Стандарты медицинской помощи [Текст] / сост. Дементьев А.С. – М.: ГЭОТАР Медиа. – 2016. – 448 с.
5. Геппе Н.А. Роль респираторных инфекций в развитии и течении бронхиальной обструкции и бронхиальной астмы у детей : обзор литературы [Текст] / Concilium Medicum. Болезни органов дыхания // Н.А. Геппе, И.А. Дронов. – 2016. – № 1. – С. 71–74.
6. Журавлева, М.О. Дополнительная диспансеризация [Текст]: учебное пособие / М.О. Журавлева, Г.Г. Багирова. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2016. – 33 с.
7. Инфекционные болезни у детей [Текст]: учебник / В.Ф. Учайкин, О.В. Шамшева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 688 с.
8. Иммунологические аспекты работы врача-педиатра первичного звена здравоохранения [Текст]: учебно-методическое пособие / С.Е. Лебедькова. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2014. – 112 с.

9. Калюжин, О.В. Острые респираторные вирусные инфекции. Противовирусный ответ. Иммунопрофилактика и иммунотерапия [Текст] / О.В. Калюжин. – М.: МИА, 2016. – 144 с.
10. Кереева, З.Ш. Медико-социальные и клинические аспекты болезней органов дыхания [Текст] / З.Ш. Кереева, И.Н. Айбазова, С.Р. Кишева // Вестник научных конференций. – 2015. – № 3-4. – С. 75-79.
11. Майорова, Е.К. Современные особенности заболеваемости детей мегаполиса и пути ее снижения [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.02.03 / Е.К. Майорова. – СПб., 2014. – 22 с.
12. Парагрипп [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/parainfluenza>.
13. Реабилитация детей и подростков при различных заболеваниях [Текст] / Под общей редакцией Т.Г. Авдеевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 351 с.
14. Респираторные заболевания у часто болеющих детей [Текст]: настольный справочник врача / М.Г. Романцов, И.Ю. Мельникова, Ф.И. Ершов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 190 с.
15. Ракшина, Н.С. Клиническая фармакология. Избранные лекции [Текст]: учебное пособие / Н.С. Ракшина. – Саратов: Вузовское образование, 2016. – 53 с.
16. Самодова, О.В. Инфекционные болезни у детей [Текст]: краткое руководство / О.В. Смородова. – Архангельск: Северный государственный медицинский университет, 2018. – 357 с.
17. Сестринское дело в педиатрии [Текст]: руководство / Е.В. Качаровская, О.К. Лютикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 768 с.
18. Чуприна, Е.В. Здоровый образ жизни как один из аспектов безопасности жизнедеятельности [Текст]: учебное пособие / Е.В. Чуприна, М.Н. Закирова. – Самара: Самарский государственный архитектурно-строительный университет, ЭБС АСВ, 2014. – 216 с.

19. Шумилкин, В.Р. Алгоритмы для медсестер [Текст]: учебное пособие / В.Р. Шумилкин, Н.И. Нузданова. – СПб.: Фолиант, 2016. – 112 с.