

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 терапевтических дисциплин**

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

**Дипломная работа студентки**

**очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051501  
Погосян Марины Камоевны**

Научный руководитель:  
преподаватель Кравцова Т.В.

Рецензент:  
старшая медицинская сестра  
дневного стационара ОГБУЗ  
«Кожно-венерологического  
диспансера»  
С.И. Стаменова

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ .....	6
1.1. Анатомическое строение органов дыхательной системы .....	6
1.2. Характеристика основных заболеваний дыхательной системы и их симптомов .....	10
1.3. Основные причины заболевания дыхательной системы .....	20
1.4. Основные направления профилактики заболеваний дыхательной системы .....	21
1.5. Профессиональная деятельность медицинской сестры по профилактике заболеваний дыхательной системы.....	22
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ГЛАВА.....	25
2.1. Организационная характеристика базы исследования .....	25
2.2. Анализ результатов эмпирического исследования деятельности медицинской сестры в профилактике заболеваний дыхательной системы....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	40

## ВВЕДЕНИЕ

В своей повседневной деятельности медицинской сестре достаточно часто приходится сталкиваться с различными болезнями дыхательной системы. Одним из самых быстрых и распространенных способов передачи инфекционных заболеваний является аэрогенный механизм передачи. Этим механизмом передаются заболевания, вызванные как вирусами, так и бактериями. Воспалительный процесс слизистых оболочек дыхательных путей способствует распространению возбудителей. Особенно остро развиваются заболевания в связи с ухудшением экологии, загрязнением воздуха выхлопными газами автомобилей, заводскими отходами, пылью деревьев и растений, шерстью животных, ведением нездорового образа жизни, потреблением некачественных пищевых продуктов.

Актуальность исследования заключается в выраженном росте случаев заболеваний дыхательной системы. В 2014 году численность заболевших респираторной инфекцией в России составила 48,707 тыс. человек на 100 тыс. населения, в 2015 году заболеваемость равнялась 49,464 тыс. человек на 100 тыс. населения, в 2016 г. заболеваемость достигла 51,573 тыс. человек на 100 тыс. населения, в 2017 году заболеваемость составила 51,905 тыс. человек на 100 тыс. населения, в 2018 году заболеваемость дыхательной системы равнялась 52, 105 тыс. человек [3].

Также важно отметить, что по данным ВОЗ в Европейском регионе, к которому относится и наша страна, заболевания дыхательной системы занимали в 2018 г. 1 место среди причин смерти детей постнатального периода и составили 653 тыс. детей (Рис. 1) [16].

В Российской Федерации эта цифра составила 8970 человек. Данный показатель оказался ниже показателя смертности детей до 1 года за 2017 год на 1192 тыс. человек или на 13,3% [15].

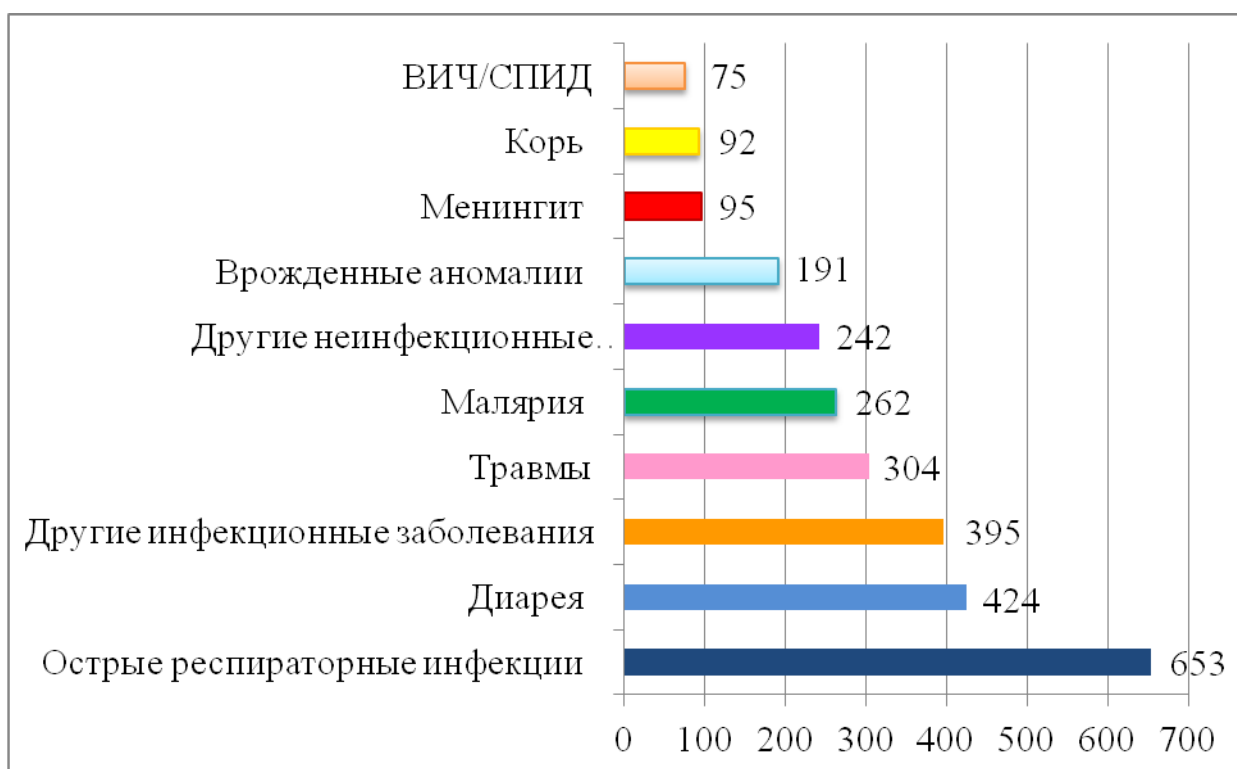


Рис. 1. Десять ведущих причин смерти детей в Европейском регионе

Являясь одним из самых распространенных заболеваний человека, респираторные заболевания особенно часты в детских учреждениях. С данными заболеваниями связано 30-50% потерь рабочего времени среди взрослого населения и 60-80% пропусков дошкольных и школьных учреждений у детей [14].

В связи с этим возрастает и потребность в соблюдении профилактических мероприятий. Немаловажную роль в них играет медицинская сестра, которая обязана обладать обширными знаниями по данной проблеме, вести санитарно-просветительную работу среди населения, выработать практические рекомендации по профилактике заболеваний дыхательной системы, а так же осуществлять пропаганду здорового образа жизни.

Основная цель исследования – оптимизировать работу медицинской сестры по профилактике болезней органов дыхания путем использования современных информационно-коммуникационных технологий.

Для достижения указанной цели были определены следующие задачи:

- провести теоретический анализ данных по проблеме болезней органов дыхания;
- провести анонимное анкетирование среди родителей учащихся начальных классов на предмет информированности о заболеваниях дыхательной системы;
- определить роль медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания
- выработать практические рекомендации, направленные на профилактику возникновения заболеваний дыхательной системы;
- предложить способ информирования населения о профилактике заболеваний дыхательной системы путем создания веб-страницы.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме профилактики заболеваний дыхательной системы;
- организационный (сравнительный) метод;
- социологический – анкетирование;
- статистический – статическая обработка информации;
- . разработка и создание веб-страницы.

Предмет исследования – деятельность медицинской сестры по профилактике болезней дыхательной системы у детей.

Объект исследования: родители учащихся начальных классов МАНОУ «Шуховский лицей» в возрасте от 25 до 65 лет-.

Практическая значимость работы – заключается в определении наиболее предпочтительных способов профилактики болезней органов дыхания, которые использует медицинская сестра при работе с пациентами педиатрического профиля и проведении пропаганды здорового образа жизни.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНАТОМИИ И ФИЗИОЛОГИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

## 1.1. Анатомическое строение органов дыхательной системы

В строении дыхательной системы человека выделяют следующие основные элементы – дыхательные пути, легкие и вспомогательный мышечный аппарат. К дыхательной системе человека относятся носовая полость, носоглотка, гортань, трахея, бронхи и легкие. К функциям дыхательной системы относят: обеспечение тканей человеческого организма кислородом, освобождение их от углекислого газа, голосообразование, выработка ряда полипептидных гормонов, биоаминов, участие в водно-солевом и липидном обмене, депонирование крови, регуляция ее свертывания, иммунологическая защита.

Носовая полость участвует в проведении воздуха и делится костно-хрящевой перегородкой на правую и левую половины. Внутренняя поверхность полости носа образована тремя раковинами. Эти носовые раковины разделяют носовые ходы. Верхний носовой ход расположен между одноименной верхней носовой раковиной и средней носовой раковиной. Средний носовой ход расположен между нижней и средней носовыми раковинами. А нижний носовой ход – между нижней носовой раковиной и дном полости носа. В нижний носовой ход впадает носослезный канал. В верхней части полости носа расположены также обонятельные рецепторы, позволяющие улавливать запахи, растворенные в воздухе [2].

Следующим отделом дыхательной системы после носовой полости является носоглотка. Два этих отдела сообщаются специальными отверстиями – хоанами. Многочисленные железы, расположенные в слизистой оболочке, выделяют слизь, которая увлажняет вдыхаемый воздух. Обильное кровоснабжение слизистой оболочки согревает воздух. На влажной поверхности слизистой оболочки задерживаются находящиеся во вдыхаемом

воздухе пылинки и микробы, которые обезвреживаются слизью и лейкоцитами. Слизистая оболочка дыхательных путей выстлана мерцательным эпителием, клетки которого имеют на внешней поверхности реснички, способные сокращаться. Сокращение ресничек совершается ритмически и направлено в сторону выхода из носовой полости. При этом слизь и прилипшие к ней пылинки и микробы выносятся наружу из носовой полости [1].

Через носоглотку воздух проходит в гортань. Гортань представляет собой часть дыхательных путей и вместе с тем является органом голосообразования. Этим определяется ее сложная конструкция. Скелет гортани составляют непарные хрящ – щитовидный, перстневидный, надгортанник, и парные – черпаловидные, клиновидные и рожковидные. Гортань лежит между трахеей и корнем языка. Верхний хрящ – надгортанник – закрывает вход в гортань при глотании. Хрящи гортани соединяются посредством связок и суставов, между хрящами гортани натянуты голосовые связки. При свободном дыхании связки расслаблены, голосовая щель открыта. При создании голоса связки напряжены, голосовая щель закрыта.

Трахея начинается у нижнего конца гортани и спускается в грудную полость, где делится на правый и левый бронхи; стенка ее образована соединительной тканью и хрящевыми полукольцами. Части, примыкающие к пищеводу, замещены фиброзной связкой. Правый бронх обычно короче и шире левого. Войдя в легкие, главные бронхи постепенно делятся на все более мелкие бронхиолы, самые мелкие из которых – конечные бронхиолы – являются последним элементом воздухоносных путей. От гортани до конечных бронхиол трубки выстланы мерцательным эпителием [13].

Легкие имеют вид губчатых, пористых конусовидных образований, лежащих в обеих половинах грудной полости. Эти органы образовались в филогенезе, как выросты кишечной трубки. В легких людей с возрастом большого развития достигают бронхиальные разветвления, пронизывающие весь орган. Наименьший структурный элемент легкого – долька состоит из конечной бронхиолы, ведущей в легочную бронхиолу и альвеолярный мешок.

Стенки легочной бронхиолы и альвеолярного мешка образуют углубления – альвеолы. Такая структура легких увеличивает их дыхательную поверхность, которая в 50-100 раз превышает поверхность тела. Стенки альвеол состоят из одного слоя эпителиальных клеток и окружены легочными капиллярами. Принято считать, что общая поверхность альвеол, через которую осуществляется газообмен, экспоненциально зависит от веса тела. С возрастом отмечается уменьшение площади поверхности альвеол. Каждое легкое окружено мешком – плеврой. Наружный листок плевры примыкает к внутренней поверхности грудной стенки и диафрагме, внутренний покрывает легкое. Щель между листками называется плевральной полостью.

«Дыхательные мышцы относятся к вспомогательным элементам дыхательной системы. Эти мышцы при сокращении изменяют объем грудной клетки. Мышцы, направляющиеся от головы, шеи, рук и некоторых верхних грудных и нижних шейных позвонков, а также наружные межреберные мышцы, соединяющие ребро с ребром, приподнимают ребра и увеличивают объем грудной клетки.

Диафрагма – мышечно-сухожильная пластина, прикрепленная к позвонкам, ребрам и груди, отделяет грудную полость от брюшной полости. Это главная мышца, участвующая в нормальном вдохе. При усиленном вдохе сокращаются дополнительные группы мышц. При усиленном выдохе действуют мышцы, прикрепленные между ребрами (внутренние межреберные мышцы), к ребрам и нижним грудным и верхним поясничным позвонкам, а также мышцы брюшной полости; они опускают ребра и прижимают брюшные органы к расслабившейся диафрагме, уменьшая, таким образом, емкость грудной клетки» [8].

Для того чтобы понять почему дети чаще взрослых страдают заболеваниями дыхательной системы необходимо отметить анатомические и функциональные особенности дыхательной системы у детей:

- формирование органов дыхания заканчивается к 7 годам, а в дальнейшем лишь увеличиваются размеры органов дыхания;



- окончательная зрелость органов дыхания наступает в 14-15 лет;
- дыхательные пути имеют меньшие размеры и более узкий просвет;
- слизистая оболочка, выстилающая дыхательные пути, более тонкая, рыхлая, значительно васкуляризирована;
- подслизистая оболочка имеет меньшее количество эластичных и соединительно-тканых волокон;
- нос и носоглоточное пространство имеют малые размеры;
- узкие носовые ходы;
- носослезный проток короткий и имеет недоразвитые клапаны;
- евстахиевы трубы короткие, широкие и расположены горизонтально;
- сужение гортани в области подвязочного пространства;
- голосовая щель более узкая, чем у взрослых;
- голосовые связки толстые, короткие, слизистая оболочка богата лимфоидной тканью;
- трахея имеет тонкие стенки, которые легко спадаются;
- хрящевой каркас дыхательных путей мягкий и податливый
- правый главный бронх является почти прямым продолжением трахеи;
- абсолютная узость самых мелких бронхов;
- недоразвитие дыхательных мышц;
- незрелость функций центральной нервной системы;
- отсутствие кашлевого рефлекса у маленьких детей или очень слабый кашлевой толчок;
- легочная ткань более васкуляризирована, менее воздухоносна [10].

## **1.2. Характеристика основных заболеваний дыхательной системы и их симптомов**

В работах В.К. Таточенко и С.В. Рачинского «Болезни органов дыхания у детей», «Острые заболевания органов дыхания у детей» выделена следующая классификация заболеваний органов дыхания в зависимости от локализации патологического процесса.

1. Болезни верхних дыхательных путей: ОРВИ, включающие ринит, фарингит, ларингит, трахеит;
2. Бронхиты: острый (простой) бронхит; обструктивный бронхит; бронхиолит;
3. Пневмонии: очаговая бронхопневмония, сегментарная (полисегментарная), крупозная, интерстициальная;
4. Бронхиальная астма.

«Острые респираторно-вирусные инфекции - полиэтиологическая группа инфекционных заболеваний, проявляющихся симптомами поражения дыхательных путей. Источником заражения является больной человек или вирусоноситель. Механизм передачи респираторной вирусной инфекции — воздушно-капельный. Здоровый человек заражается, вдыхая инфицированные капли слюны и мокроты, выбрасываемые при чихании больного на расстояние до 2 м, при кашле — до 3-3,5 м. Входными воротами большей частью является слизистая оболочка ротоглотки, а также слизистая оболочка ряда других отделов дыхательного тракта. Клиническая картина складывается из местных проявлений и общих симптомов интоксикации. Для местных проявлений ОРВИ характерно появление заложенности носа с последующими серозными или серозно-гнойными выделениями, чихания, гиперемии и зернистости задней стенки глотки, присоединение кашля, который может быть сухим или влажным. К общим симптомам при ОРВИ относятся повышение температуры,

слабость, вялость, утомляемость, серость кожных покровов, тошнота, рвота, в тяжелых случаях — судороги» [6].

Ринит - воспаление слизистой носовой полости. В клинической картине на первый план выступают симптомы нарушения дыхания, что затрудняет кормление грудью. Недоедание приводит к нарушению сна, беспокойству, потере массы тела. Стеkanie слизи по задней стенке глотки вызывает кашель, усиливающийся при дыхании через рот. Наиболее часто кашель проявляется ночью. У детей старшего возраста вначале появляются ощущение сухости, жжение в носу и носоглотке, затруднение носового дыхания, слезотечение, головная боль. Снижается обоняние. Голос принимает гнусавый оттенок. Через несколько часов появляется серозно-водянистое отделяемое, затем более густое слизистое отделяемое. Выделения вызывают раздражение кожи преддверия носа. Симптомы интоксикации, как правило, выражены умеренно. Ринит практически всегда бывает ринофарингитом, то есть в процесс вовлекается глотка.

Фарингит — это воспалительный процесс, локализованный в глотке. При фарингите характерны жалобы детей старшего возраста на «першение в горле», сухой, навязчивый кашель. Воспалительный процесс в носоглотке часто приводит к развитию острого среднего отита у маленьких детей. Инфекция попадает в среднее ухо через короткую и широкую евстахиеву трубу. Грипп наиболее часто вызывает развитие ларингита и трахеита.

Ларингит — воспаление слизистой оболочки гортани. Основными симптомами заболевания являются сначала грубый, сухой, затем влажный, «лающий» кашель, охриплость или осиплость голоса, иногда афония. Если воспалительный процесс распространяется на голосовые связки и подсвязочное пространство, то появляются клинические симптомы стенозирующего ларингита (ложный круп или острый стеноз гортани). Стенозирующий ларингит встречается обычно у детей от 6 месяцев до 3 лет с аллергической настроенностью [4].

Трахеит — воспаление слизистой оболочки трахеи. При трахеите кашель сначала сухой, отрывистый, позже становится влажным. Характерны жалобы на болезненность и чувство жжения за грудиной, особенно во время кашля.

Бронхит – это заболевание, которое характеризуется воспалительным процессом в бронхах. Некоторые формы бронхита (например, бронхиолит) сопровождаются вовлечением в процесс мелких бронхов и бронхиол. Их просвет заполняется пробками из слущенного эпителия, волокон фибрина и слизи. При прогрессировании процесса дыхательные пути частично или полностью облитерируются. Развивается облитерирующий бронхиолит. Одновременно возникают деструкция стенок альвеол и бронхиол, эмфизема, облитерируются артериолы. В пораженном участке легкого нарушается капиллярный кровоток. Это приводит к повышению давления в малом круге кровообращения и увеличению нагрузки на правый желудочек сердца. Клиническими признаками бронхита являются: кашель, признаки обструкции бронхов, непостоянные сухие и разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон грудной клетки, двустороннее усиление легочного рисунка в прикорневых отделах, отсутствие очаговых и инфильтративных изменений в легких на рентгенограмме. Выделяют острые, рецидивирующие и хронические формы бронхита [5].

Острый бронхит, или трахеобронхит, - острое диффузное воспаление слизистой оболочки дыхательных путей. Отмечается эпидемическая и сезонная зависимость заболеваемости острым бронхитом. Развитию заболевания способствуют факторы, снижающие резистентность организма к действию возбудителей острых респираторных заболеваний (переохлаждение, очаговая хроническая инфекция верхних дыхательных путей) и эпидемическая ситуация (контакт с больными). Обычно острый бронхит имеет инфекционную этиологию, возникая при острых респираторных заболеваниях вирусной этиологии, при микоплазменной и иногда при бактериальной инфекции. Возможно развитие вторичного бактериального воспалительного процесса при

первичном вирусном бронхите. Острый бронхит может быть также результатом интенсивного воздействия на дыхательные пути различных физических и химических факторов. Клиническая картина определяется преимущественной локализацией процесса. При трахеобронхите поражаются преимущественно трахея и крупные бронхи. Симптомы острого бронхита обычно возникают на фоне других проявлений острого респираторного заболевания, лихорадки, недомогания, катарального синдрома. Дети старшего возраста жалуются на головную боль, чувство саднения или жжения за грудиной, мучительный кашель. Вначале он сухой, прерывистый, болезненный, упорный, усиливается ночью и по утрам, может быть приступообразным. У детей раннего возраста иногда сопровождается рвотой. На 5-8-й день кашель становится мягким, влажным, с отделением тягучей мокроты (чаще слизистого характера). Острый бронхит обычно является двусторонним процессом и в типичных случаях заканчивается выздоровлением в течение 2-3 недель. Основной клинической особенностью этой формы бронхита является удлиненный "свистящий выдох", сопровождающийся хрипами, которые слышны на расстоянии. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, но удушья или ощущения недостаточности воздуха не возникает. Существенно меняют течение бронхита развитие обструктивного синдрома и присоединение бактериальной гнойной инфекции. При присоединении бактериальной инфекции мокрота становится слизисто-гнойной и болезнь может затянуться до 1 месяца и более. Развитие обструктивного синдрома может сопровождаться появлением одышки, способствовать волнообразному течению заболевания и его хронизации.

При поражении дистальных отделов бронхиального дерева развивается бронхиолит. Для него характерны тяжелое течение, симптомы острого вздутия легких и дыхательной недостаточности. Заболевание чаще возникает у детей первых месяцев жизни на фоне аденовирусной инфекции. Состояние ребенка ухудшается. Кожные покровы приобретают цианотичную окраску, выражена синюшность слизистых оболочек губ и полости рта. Появляется

приступообразный кашель, вначале навязчивый сухой, затем влажный. Во время мучительного кашля может быть рвота или остановка дыхания. Дыхание учащается, становится шумным, поверхностным, затрудняется выдох. Нарушение дыхания способствует развитию гипоксии, что клинически проявляется возбуждением, двигательным беспокойством, судорогами. Способствует развитию заболевания вдыхание раздражающих веществ (диоксида азота, табачного дыма, летучих органических растворителей). У детей раннего возраста облитерирующий бронхиолит может развиваться после гриппа, коклюша, кори, острого обструктивного бронхита, пневмонии, вызванных респираторно-синцитиальной или аденовирусной инфекцией. В начале заболевания у ребенка в течение 2-3 недель наблюдается клиническая картина острого бронхиолита или пневмонии с выраженной дыхательной недостаточностью. Затем наступает период относительного улучшения состояния, но сохраняются свистящий выдох и разнокалиберные хрипы при глубоком дыхании. Через 6-8 недель появляются повторные эпизоды лихорадки, сопровождающиеся усилением кашля с мокротой, увеличением количества хрипов в легких. Прогрессирует дыхательная недостаточность. Развиваются стойкие необратимые изменения в бронхиолах и артериолах пораженного участка легкого.

Рецидивирующий бронхит - бронхит, повторяющийся в течение года три и более раз. Длительность каждого обострения не менее 2 недель.

Хронический бронхит - это длительно текущее, необратимое поражение бронхов. Оно характеризуется обструкцией бронхов с воспалительными изменениями и склерозом их стенки и перибронхиальной ткани. Нередко обструкция обусловлена длительным вдыханием пыли, токсических паров, газов, табачного дыма и других раздражающих веществ. Общая продолжительность заболевания - не менее двух лет. Обострения в течение года повторяются три и более раз. Основными симптомами хронического бронхита являются упорный, длительный (более 10 месяцев) кашель с мокротой или без нее и явлениями бронхоспазма. Мокрота может быть гнойной или

откашливаться в виде "слепков", состоящих из эпителия бронхов или эозинофилов. Прогрессирует дыхательная недостаточность. В период обострения появляются клинические признаки острого бронхита.

Хронический бронхиолит (с облитерацией) может развиваться после перенесенного острого облитерирующего бронхиолита. Облитерация бронхиол и артериол одного или нескольких участков легких приводит к резкому снижению легочного кровотока и развитию эмфиземы с одной или двух сторон. Клиническая картина характеризуется дыхательной недостаточностью разной степени выраженности. Заболевание имеет тенденцию к прогрессированию [9].

«Пневмония - острое инфекционно-воспалительное заболевание легких с поражением альвеол и наличием экссудации. Причиной воспалительного процесса в легких могут быть пять видов агентов: патогенные микроорганизмы, вирусы, внутриклеточные паразиты, паразиты; патогенные грибы. Нередко при пневмонии обнаруживается смешанная флора. В зависимости от условий инфицирования выделяют: домашнюю пневмонию, внутрибольничную пневмонию, внутриутробную и пневмонию у больных с иммунодефицитным состоянием. Основной путь проникновения инфекции в легкие бронхогенный. Возможны лимфогенный и гематогенный пути инфицирования. Клиническая картина пневмонии: фебрильная лихорадка, интоксикация, признаки дыхательной недостаточности (одышка, цианоз кожных покровов, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры), стойкие локальные изменения в легких. Пневмония в зависимости от объема поражения делится на очаговую, сегментарную, крупозную и интерстициальную. По характеру течения различают острую (до 6 недель), затяжную (от 6 недель до 8 месяцев) и хроническую (свыше 8 месяцев) пневмонию. Тяжесть течения пневмонии определяется выраженностью интоксикации, степенью дыхательной недостаточности и сердечно-сосудистых изменений. Различают легкие, среднетяжелые и тяжелые формы заболевания» [7].

Очаговая пневмония встречается у детей наиболее часто. Воспалительный процесс захватывает участки легочной ткани в

непосредственной близости от респираторных бронхиол. Мелкие множественные очаги инфильтрации могут сливаться. Заболевание развивается, как правило, на 5-7-й день острой респираторной инфекции. Начальные симптомы пневмонии связаны с интоксикацией. Повышается температура тела, появляются беспокойство, возбуждение, нарушается сон. Ребенок раннего возраста отказывается от груди, периодически стонет. Могут появиться срыгивания, рвота, жидкий стул. Замедляется прибавка массы тела. Ребенка беспокоит кашель. Постепенно или остро развивается дыхательная недостаточность. Вначале появляется цианоз вокруг рта, усиливающийся при крике, плаче, кормлении. В тяжелых случаях цианоз отмечается в состоянии покоя и становится распространенным. Кожа приобретает серо-землистый цвет. Дыхание стонущее, кряхтящее, охажущее. Развивается одышка с изменением частоты и глубины дыхания, приступами апноэ. В акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура: наблюдается втяжение яремной ямки, межреберий, и подключичных пространств. Эквивалентом одышки у грудных детей является кивание головой в такт дыханию, раздувание щек и вытягивание губ - симптом "трубача", напряжение и раздувание крыльев носа. Грудная клетка увеличена в объеме. Отмечаются пенистые, выделения изо рта и носа. Клинические симптомы неосложненной очаговой пневмонии под влиянием лечения исчезают через 10-12 дней. Морфологический процесс в легких заканчивается через 4-6 недель.

Сегментарная пневмония встречается у детей всех возрастов и характеризуется поражением одного или нескольких сегментов с закупоркой сегментарного бронха. Ее симптомы зависят от локализации и обширности поражения. Сегментарные пневмонии склонны к торпидному и затяжному течению, что связано с нарушением вентиляции сегмента и развитием микроателектазов. В дальнейшем может сформироваться ограниченный пневмосклероз.

Крупозная пневмония вызывается пневмококком, развивается как аллергическая реакция гиперергического типа в ответ на внедрение аллергена



(пневмококка) на фоне предшествующей сенсibilизации. Заболевание начинается неожиданно с повышения температуры до 39-40°C, озноба, головной боли, резкого нарушения самочувствия. Могут отмечаться бред, апатия, сонливость. Появляется "охающая" одышка с участием вспомогательной мускулатуры. При глубоком дыхании отмечаются боли в грудной клетке на стороне поражения, связанные с вовлечением в процесс плевры. Дети лежат на больном боку, подтянув ноги к животу. При локализации воспаления в правой нижней доле легкого часто развивается абдоминальный синдром. У больного появляются рвота, боли вокруг пупка и в правой подвздошной области, положительные симптомы раздражения брюшины. При локализации процесса в верхней доле справа нередко симптомы менингизма: головная боль, рвота, ригидность мышц затылка, клонические судороги. С первых дней заболевания появляется сухой, навязчивый, болезненный кашель. Затем он становится влажным с вязкой, плохо откашливаемой, "ржавой" мокротой. На 5-7 день наблюдается разрешение процесса - критически падает температура тела, появляется профузный пот, при кашле отделяется обильная мокрота.

Интерстициальная пневмония вызывается вирусами, пневмоцистами, микоплазмами, реже патогенными грибами. Воспалительный процесс развивается в соединительной и межальвеолярной тканях легкого и сопровождается микроателектазами. Большинство интерстициальных пневмоний относятся к токсическим формам.

Выделяют два варианта течения интерстициальной пневмонии.

1. Острое (манифестное) течение заболевания наблюдается у детей раннего возраста на фоне аллергического диатеза. Клиническая картина характеризуется быстрым развитием тяжелой дыхательной недостаточности, поражением сердечно-сосудистой системы (глухие тоны, резкая тахикардия, признаки застоя в малом и большом кругах кровообращения, периодические коллаптоидные состояния), нарушением функции ЦНС и желудочно-кишечного тракта (срыгивания, рвота, метеоризм). Характерен частый,

мучительный приступообразный кашель. Мокрота скудная, пенная, иногда кровянистая. Грудная клетка вздута, перкуторно определяется тимпанический звук. Дыхание ослаблено, выслушиваются крепитирующие и нестойкие единичные сухие хрипы.

2. Подострое (малосимптомное) течение чаще встречается у детей школьного возраста. После перенесенной респираторной инфекции у больных сохраняются умеренно выраженные признаки интоксикации, одышка при физической нагрузке. В легких выслушиваются единичные сухие хрипы.

Деструктивная пневмония - острое гнойное поражение легких и плевры. Заболевание вызывается "госпитальными" штаммами золотистого стафилококка или грамотрицательными бактериями. Способствуют возникновению пневмонии неблагоприятная эпидемиологическая обстановка, факторы высокого риска инфицирования ребенка. Заболевание характеризуется ранним абсцедированием, образованием в ткани легкого воздушных полостей, быстрым прорывом воспалительного очага в плевру и возникновением пиопневмоторакса. Течение заболевания бурное, с быстрым прогрессированием. Клиническая картина соответствует тяжелому септическому процессу. В клинической картине заболевания преобладают общие симптомы интоксикации и признаки угнетения ЦНС - адинамия, снижение мышечного тонуса и рефлексов. Выражена дыхательная недостаточность. Характерны рано появляющиеся приступы цианоза, апноэ, выделение пенистой слизи изо рта и носа. Температурная реакция слабо выражена. Кашель редкий, влажный, иногда отсутствует. Заболевание нередко принимает затяжное течение.

Бронхиальная астма - заболевание, характеризующееся обратимой обструкцией дыхательных путей, вызванной хроническим аллергическим воспалением и гиперреактивностью бронхов. Бронхиальная астма проявляется периодически возникающим приступообразным кашлем, затруднениями дыхания или приступами удушья.

В детском возрасте выделяют две основные формы заболевания: атопическую (аллергическую) и эндогенную (неаллергическую).

В течение заболевания выделяют периоды обострения и ремиссии. Клиническими проявлениями астмы являются эпизодически возникающие приступы удушья, кашля, одышки, чувство стеснения в груди, свистящие хрипы, более выраженные при выдохе. Типичному приступу удушья предшествует период предвестников, который длится от нескольких часов до 2-3 суток. Он характеризуется появлением беспокойства, раздражительности или психической депрессии. Нарушается сон. Нередко отмечаются чихание, зуд в носу, заложенность и серозные выделения из носа, навязчивый сухой кашель, головная боль. Приступ удушья чаще развивается ночью. Появляются ощущение нехватки воздуха, чувство сдавления в груди, выраженная экспираторная одышка. Вдох становится коротким, выдох медленный (в 2-4 раза длиннее вдоха), сопровождается громкими свистящими хрипами, слышными на расстоянии. Маленькие дети испуганы, мечутся в постели. Дети старшего возраста принимают вынужденное положение: сидят, наклонившись вперед, опираясь локтями на колени. Лицо бледное, с синюшным оттенком, покрыто холодным потом. Больного беспокоит кашель с трудноотделяемой, вязкой, густой мокротой. Грудная клетка находится в положении максимального вдоха. В конце приступа выделяется густая мокрота.

В раннем детском возрасте обструктивный синдром часто возникает на фоне респираторной инфекции и склонен к рецидивированию. Отек и гиперсекреция преобладают над бронхоспазмом, поэтому приступ удушья развивается относительно медленно, протекает более продолжительно и тяжело. При легком течении заболевания приступообразный кашель, эпизоды затрудненного дыхания или приступы удушья редкие (1-2 раза в месяц), легко купируются. В период ремиссии состояние ребенка удовлетворительное. При заболевании средней тяжести приступы повторяются 3-4 раза в месяц. Клиническая ремиссия неполная и длится менее трех месяцев. При тяжелой астме несколько раз в неделю или ежедневно развиваются длительные

приступы удушья. В период ремиссии сохраняются признаки дыхательной недостаточности (одышка, тахикардия, эмфизема). Если приступ не удается купировать в течение 6-8 ч, развивается астматическое состояние. Нарастают признаки дыхательной недостаточности, усиливается эмфизема, выслушивается множество сухих или влажных хрипов. При прогрессировании процесса развивается гипоксемическая кома: состояние больного крайне тяжелое, сознание отсутствует, отмечаются генерализованный цианоз, редкое поверхностное дыхание, гипотония и падение сердечной деятельности.

В межприступный период больной чувствует себя здоровым, но при исследовании функции внешнего дыхания могут выявляться признаки скрытого бронхоспазма. Это свидетельствует о продолжающемся воспалении в бронхах и необходимости проведения лечения.

### **1.3. Основные причины заболевания дыхательной системы**

В возникновении заболеваний дыхательной системы решающую роль играют следующие факторы:

- морфологическая и функциональная незрелость ребенка раннего возраста – узкие верхние дыхательные пути, высокое расположение диафрагмы, перпендикулярное расположение ребер относительно грудины приводят к снижению жизненной емкости легких ребенка и может привести к развитию одышки, затрудненного дыхания;
- врожденные дефекты органов и ферментных систем – пороки развития сердечно-сосудистой системы способны вызвать гипоксию органов и тканей;
- аномалии конституции могут приводить к неадекватным реакциям организма на обычное раздражение;

- недоношенность – чем раньше родился ребенок, тем более несовершенны его органы и системы, что в последствии может привести к серьезным заболеваниям легких;
- осложненное течение беременности и родов – инфицирование матери во время 1 триместра беременности может стать причиной развития у плода различных патологий;
- микроорганизмы - бактерии, вирусы, грибы, паразиты;
- внешние аллергены - бытовые, пищевые, лекарственные препараты, пыльца растений;
- загрязнения воздуха, бытовые загрязнения – повышают риск развития заболеваний дыхательной системы почти в 2 раза;
- курение (активное, пассивное) – приводит к деструктивным изменениям в различных органах и тканях организма человека;
- нарушение иммунитета – при снижении иммунитета очень высок риск развития заболеваний дыхательной системы, так как в макроорганизм человека свободно проникают болезнетворные возбудители;
- неблагоприятные климатические условия – резкие перепады температур, присутствие холодного сухого ветра;
- переохлаждение организма;
- наличие очагов хронической инфекции – кариес, тонзиллит, синусит, аденоидит;
- нерациональное питание – отсутствие в пище витаминов, незаменимых аминокислот, жиров и углеводов [11].

#### **1.4. Основные направления профилактики заболеваний дыхательной системы**

К основным направлениям профилактики заболеваний относят:

1. ежедневные проветривания помещения – это необходимо проводить в течение всего учебного дня в школьных классах в период перемен между уроками. Также рекомендуется проветривать помещение перед сном и после сна.
2. ежедневные прогулки на свежем воздухе. Необходимо чтобы после школы, перед сном ребенок проводил на улице не менее 40 минут;
3. регулярные занятия спортом – физические упражнения укрепляют не только опорно-двигательный аппарат, но и иммунную систему ребенка;
4. закаливание с ранних лет жизни, которое следует начинать постепенно. Правила и особенности проведения закаливающих процедур необходимо согласовать с врачом-педиатром;
5. регулярный контроль за питанием ребенка (употреблением чистой воды, достаточного количества свежих овощей и фруктов, рыбы, мяса и т.д.;
6. своевременная санация очагов хронической инфекции – гнойный гайморит, хронический аденоидит, синусит, кариес;
7. регулярное посещение врача. Частота посещения должна быть не реже 1 раза в 6 месяцев.

### **1.5. Профессиональная деятельность медицинской сестры по профилактике заболеваний дыхательной системы**

В медицинской практике применяются два основных способа профилактики заболеваний дыхательной системы: специфическая и неспецифическая профилактика. Медицинская профилактика заключается в создании специфического иммунитета у детей посредством вакцинации и ревакцинации и направлена на повышение резистентности организма к воздействию патогенных микроорганизмов.

Неспецифическая профилактика направлена на повышение устойчивости макроорганизма посредством воздействия различных факторов. Медицинская

сестра обязана принимать активное участие в данном виде профилактики за счет создания буклетов, санбюллетеней, проведения бесед с целью обучения населения противоэпидемическим мероприятиям и уходу за ребенком при заболевании.

Медицинская сестра должна проводить пропаганду здорового образа жизни, закаливания, отказ от самолечения, регулярную медицинскую диагностику состояния организма.

Медицинская сестра должна предупредить о том, что детей следует ограждать от аллергенов, к которым относятся: пыль, дым, химические вещества, пыльца, смог и т.д. Необходимо регулярно проводить влажную уборку в помещениях, отказаться от перьевых подушек и одеял, аккуратно обращаться с чистящими средствами.

Большое значение в профилактике имеют физические упражнения и массаж. На занятиях лечебной физкультуры применяются дыхательные и общеукрепляющие упражнения. При различных заболеваниях дыхательной системы прибегают к применению массажа. Он способствует снижению болевого эффекта, снятию напряжения в мышцах, повышению тонуса всего организма.

Для предотвращения заболеваний дыхательной системы необходимо также правильно питаться. Следует следить за тем, чтобы рацион ребенка был сбалансирован и содержал все необходимые витамины и микроэлементы. Особое внимание следует уделить витаминам С, Е и А, флавоноидам, жирными кислотами омега-3 [12].

В тесных детских коллективах необходимо сразу же после выявления изолировать инфицированных детей, чтобы предотвратить распространение инфекции и ее дальнейшее прогрессирование.

Проведение закаливающих процедур – немаловажный фактор в борьбе с заболеваниями респираторного тракта. Воздушные ванны, обливание, обтирание, контрастный душ – все эти процедуры необходимо начинать

постепенно и желательно в летнее время года с постепенным снижением температур.

Болезни дыхательной системы относятся к заболеваниям, которые нуждаются в постоянном медицинском контроле, а именно – осмотр врача педиатра один раз в полгода.



## **ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

### **2.1. Организационная характеристика базы исследования**

МАНОУ «Шуховский лицей» был открыт 1 сентября 1980 г. в новом микрорайоне Харьковской горы г. Белгорода на бульваре 1 Салюта, в доме №8. Первым директором, тогда еще, средней школы №38 стал Войтенко Григорий Петрович. В школе обучалось 770 учащихся с 1 по 9 классы. На сегодняшний день в лицее насчитывается 1241 учащийся (информация на 1 сентября 2018 года). В школе постепенно зарождались традиции, которые остаются актуальными и по сегодняшний день, ведь именно эти традиции останутся в памяти школьников на всю жизнь. К традициям относят: праздник знаний, тематические сборы и вечера, общешкольные турслеты, целевые походы и экскурсии, совместные спортивно-массовые и культурные мероприятия, светские балы и вечера старшеклассников, конкурсы «А ну-ка, пары», осенняя ярмарка. Одна из первоочередных задач администрации школы – обеспечить такие условия, чтобы школьникам было интересно и радостно жить, учиться, трудиться. Учителя, учащиеся и их родители увлечены учебной и трудовой деятельностью, организуют свой досуг, создают особую творческую атмосферу. Учащиеся заявляют о себе, своих достижениях в городе, завоевывают призовые места в олимпиадах, спортивно-туристических соревнованиях, смотрах художественной самодеятельности, получают награды за успешную учебу, труд и прилежание. Администрация учебного заведения так же заботится о непрерывном образовании школьников, их занятости и увлечениях. С этой целью ежегодно организовывается летний оздоровительный лагерь для школьников. Углубленное изучение естественно-математических наук ведут преподаватели технологического института. На данный момент в лицее существует широкая сеть кружков, секций клубов, филиалы музыкальной

и художественной школ, осуществляются контакты с ДЮСШ, областной секцией туризма. В лицее имеется комплекс условий для занятий спортом: стадион со спортивным ядром, два оборудованных спортивных зала (площадью 275,1 и 276,1 кв.м.), тренажерный зал (площадью 49,5 кв.м.), зал для занятий пулевой стрельбой, зал единоборств, зал для занятий фитнесом, каждую зиму для учащихся лицея проводятся массовые катания на лыжах на лыжероллерной трассе «Олимпия». Лицей занимает лидирующее место в инновационной работе, городских и областных предметных олимпиадах, спортивных состязаниях, конкурсах художественной самодеятельности. Педагогический коллектив и родители едины в решении проблем воспитания здоровой и творческой личности школьника. Такая деятельности приносит свои результаты, благодаря организованному на базе лицея в 2003 году и действующего по сегодняшний день медико-оздоровительному центру «Здоровое поколение».

## **2.2. Анализ результатов эмпирического исследования деятельности медицинской сестры в профилактике заболеваний дыхательной системы**

Дальнейшим этапом нашего исследования стала беседа с медицинским работником школы. Это врач-педиатр, который находится в учебном заведении ежедневно в период с 8:00 до 16:00. В ходе беседы мы выяснили, что за 2018-2019 учебный год (информация на 15.04.2019 г.) заболеваниями дыхательной системы переболело 574 школьника, причем пик заболеваемости приходится на зимние месяцы (70-80 школьников), в мае число заболевших составило 31 человек. Преимущественно это были учащиеся начальной и средней школы. В среднем ребенок отсутствовал на занятиях около 12 дней. Медицинская сестра познакомила нас с деятельностью центра «Здоровое поколение», целью которого является приближение к месту учебы оздоровительных мероприятий для детей с отклонениями в состоянии здоровья и проведение первичной профилактики

по программе «Здоровье здоровых». В структуру медико-оздоровительного центра входит кабинет врача, прививочный кабинет, кабинет первичной профилактики, лечебной физкультуры, лечебного и оздоровительного массажа, немедикоментозного лечения (физио-, фито-, нутрициологии) , аутотренинга. Медицинский центр оснащен стандартным комплектом оборудования, соответствующего санитарным правилам и обеспечивающим организацию медицинского контроля за развитием и состоянием здоровья школьников. В наличие имеются весы, ростомер, кушетка, шкаф для документации, шкаф для хранения медикаментов, столы для проведения профилактических прививок, холодильник для хранения бактериальных препаратов, емкости для дезинфекции медицинских отходов, шприцев, оборудование для проведения массажа, КУФ, ингалятор. В штат медицинского центра входят: врач-педиатр, фельдшер, медицинская сестра, массажист, медицинская сестра физиотерапевтического кабинета.

Медицинский персонал также ознакомил нас с мероприятиями первичной профилактики заболеваний дыхательной системы. Температура классных комнат должна быть в пределах 20-21°C, проветривания кабинетов осуществляются согласно графику (на каждой перемене), проводится влажная уборка помещений, в каждом кабинете начальной школы установлены лампы для обеззараживания воздуха, дети получают курсы оздоровительного и лечебного массажа, иммуномодулирующего фиточая, кислородного коктейля для всех желающих, ароматерапии. Со учащимися проводятся беседы на тему личной гигиены, гигиены одежды и обуви. При каждом посещении медицинского пункта, школьники получают аскорбиновую кислоту (С-витаминация). Также по назначениям врачей детской поликлиники №4 проводятся физиопроцедуры: КУФ и ингаляции. Профилактические прививки проводятся согласно календаря профилактических прививок детской поликлиники №4 и согласия родителей.

В ходе дальнейшего исследования мы провели письменное анонимное анкетирование родителей учащихся начальной школы для анализа

информированности населения о заболеваниях органов дыхательной системы. Исследование было проведено на базе МАНОУ «Шуховский лицей». Для этого нами была разработана небольшая анкета (Приложение 2). В ходе проведения родительского собрания мы попросили родителей ответить на наши вопросы. Всего было опрошено 60 респондентов. В анкетировании приняли участие респонденты в возрасте от 25 до 65 лет (Рис. 2).

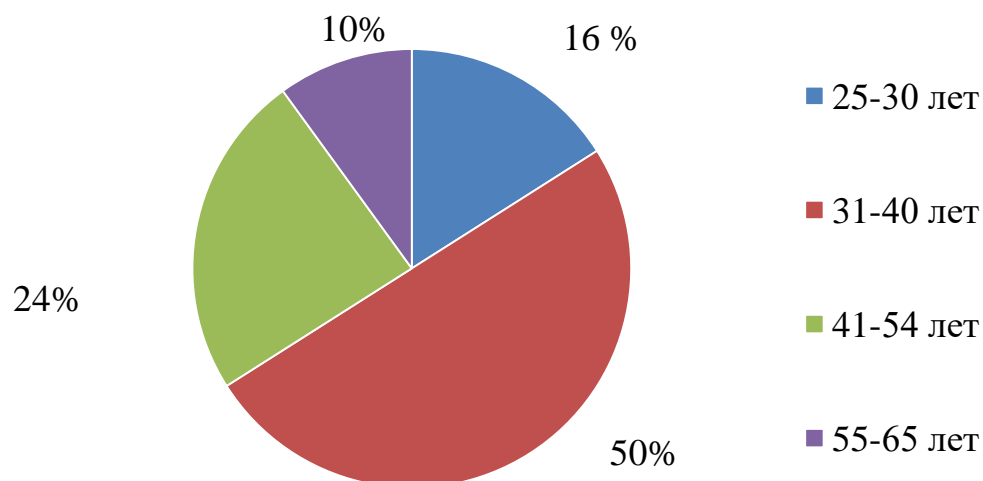


Рис. 2. Возраст респондентов

По половой принадлежности оказалось больше женщин – 85%, чем мужчин – 15% (Рис. 3).

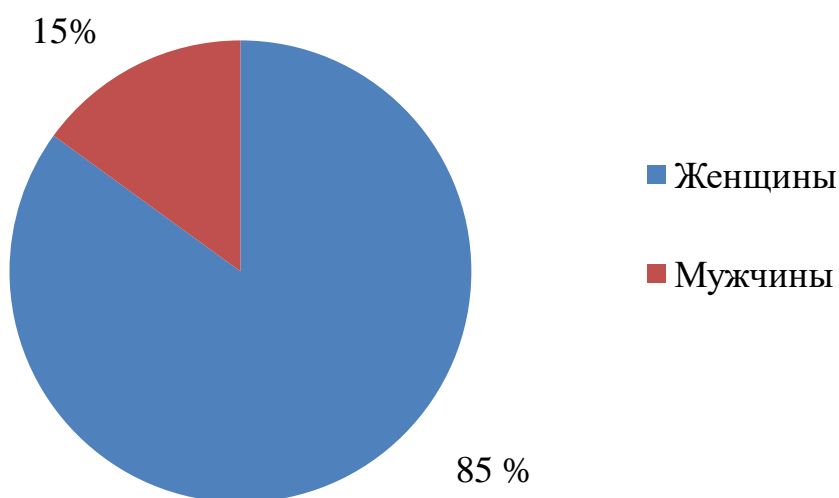


Рис. 3. Пол респондентов

На вопрос о частоте заболеваний дыхательной системы у ребенка в течение года 85% опрошенных ответили, что ребенок болел 2 раза и более, 10% ответили, что ребенок болел 1 раз в течение года и только 5% ответили, что ребенок ни разу не болел за год (Рис. 4). Данная информация еще раз подтвердила слова школьного медицинского работника о частоте заболеваемости учащихся начальной школы.

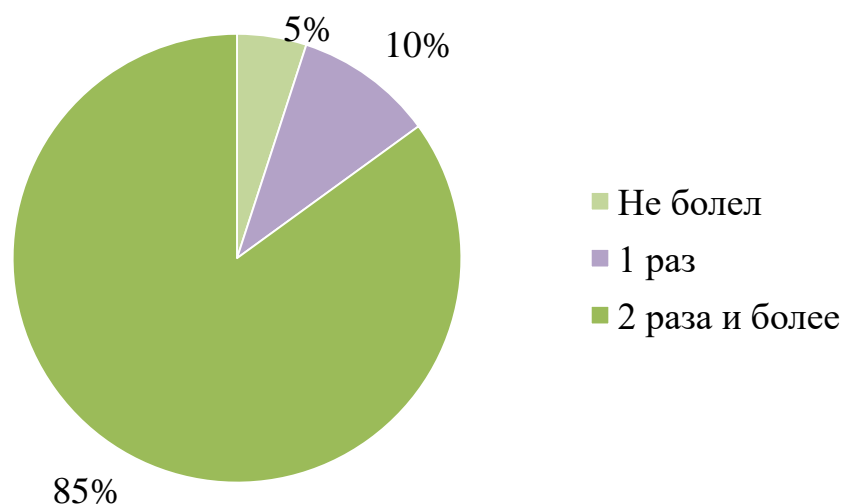


Рис. 4. Частота заболеваний ребенка в год

При помощи анкетирования нами также было выявлено, что знаниями об основных причинах заболеваний дыхательной системы обладают 50% респондентов, 30% опрошенных ответили, что ничего не знают об основных причинах заболеваний, а 20% опрошенных вообще затруднились ответить на поставленный вопрос (Рис. 5).

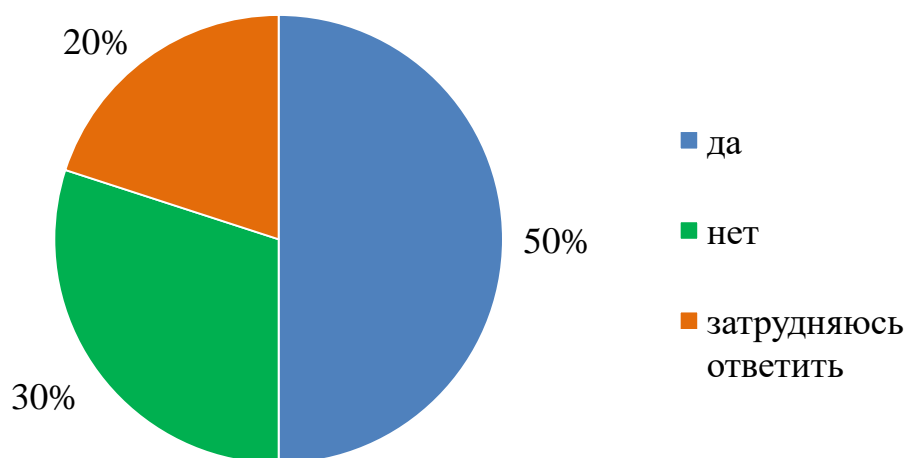


Рис. 5. Знаете ли Вы основные причины заболеваний дыхательной системы?

Согласно данным исследования, показатель частоты присутствия свежих овощей и фруктов в рационе школьников распределился следующим образом: 30% опрошенных утверждают, что в рационе их ребенка присутствуют свежие овощи и фрукты ежедневно, 60% опрошенных утверждают, что в рационе их ребенка присутствуют свежие овощи и фрукты 3 раза в неделю, 10% опрошенных родителей ответили, что в рационе их ребенка присутствуют свежие овощи и фрукты 1 раз в неделю (Рис. 6).

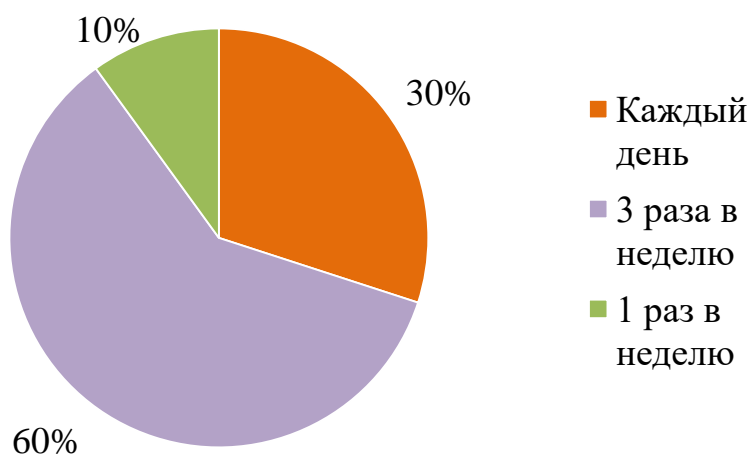


Рис. 6. Как часто в рационе вашего ребенка присутствуют свежие овощи, фрукты?

При помощи анкетирования мы установили, что у 75% опрошенных респондентов в семье имеются курящие люди и только у 25% опрошенных в семье курящие люди отсутствуют (Рис. 7).

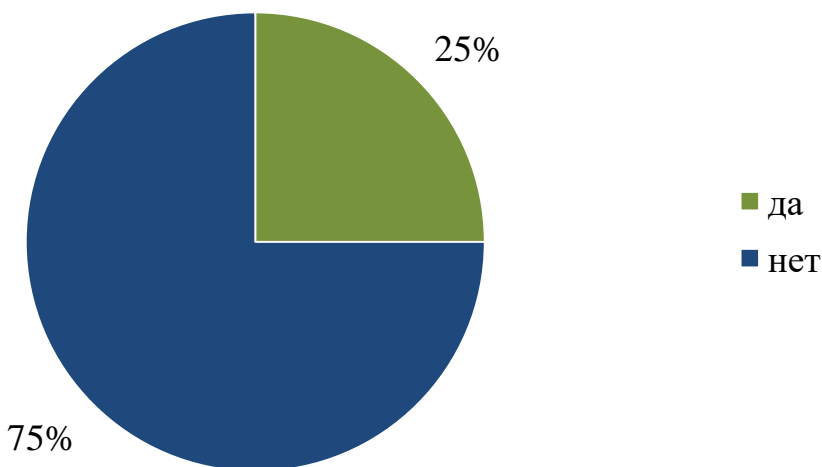


Рис. 7. Есть ли в Вашей семье курящие люди?

75% опрошенных нами уверены, что у них нет родственников с заболеваниями дыхательной системы, 20% опрошенных подтвердили наличие родственников с заболеваниями дыхательной системы, а 5% респондентов затруднились ответить на поставленный вопрос (Рис. 9).

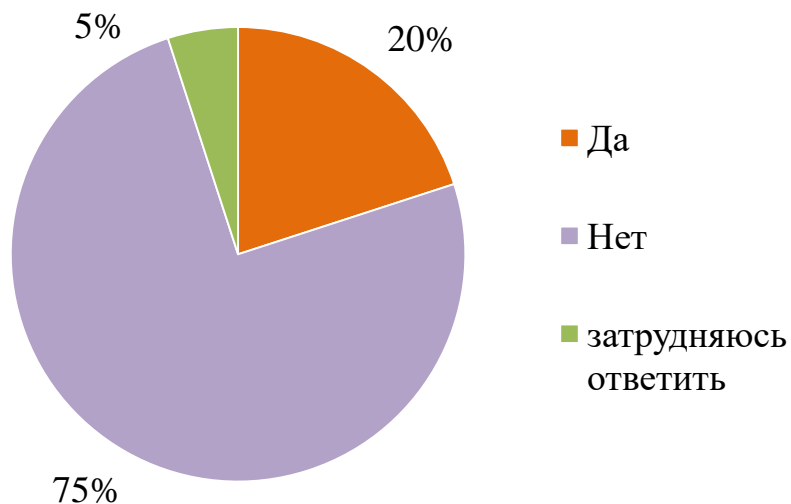


Рис. 8. Есть ли заболеваний дыхательной системы у Ваших ближайших родственников?

Отвечая на вопрос о том, занимается ли ребенок закаливанием, только 30% опрошенных ответили положительно, а 70% респондентов указали на его отсутствие (Рис. 10).

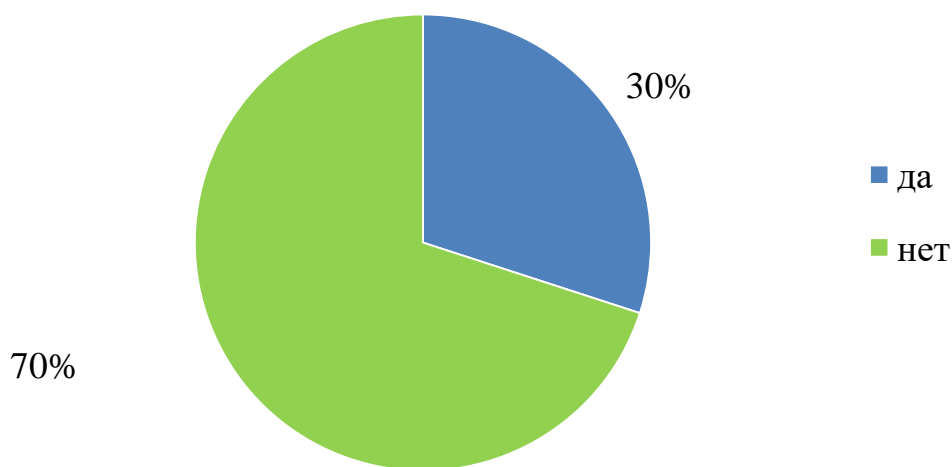


Рис. 9. Занимается ли Ваш ребенок закаливанием?

Согласно нашим данным опроса, 60% респондентов утверждают, что их дети занимаются физкультурой и спортом, но в то же время 40% опрошенных ответили, что их дети не занимаются спортом (Рис. 10).

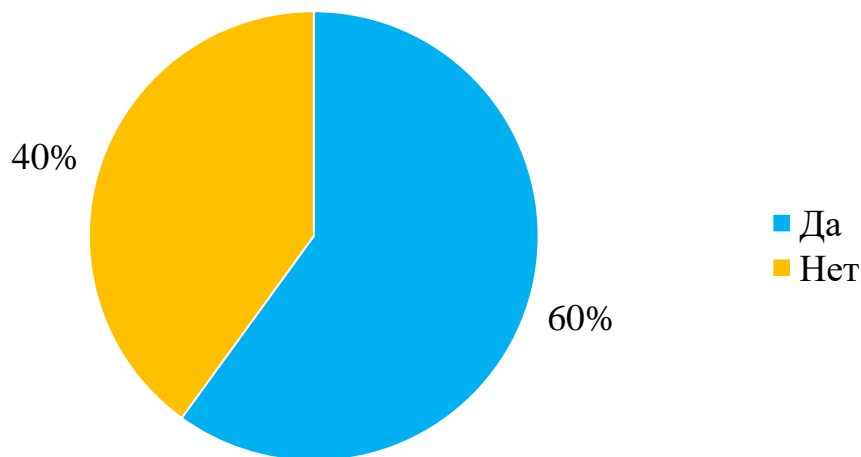


Рис. 10. Занимается ли Ваш ребенок спортом?

Также данные исследования показывают, что 65% школьников проводят на свежем воздухе не достаточное количество времени в связи с большой загруженностью по школьной программе и только 35% школьников ответили, что часто гуляют на улице (Рис. 11).

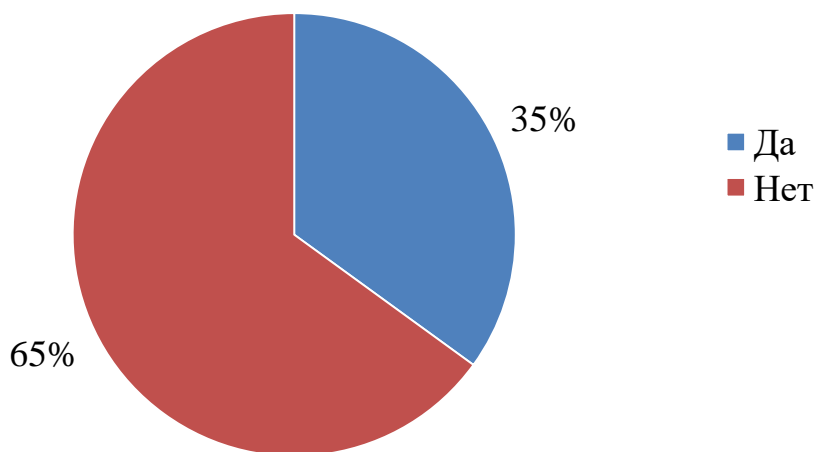


Рис. 11. Часто ли ваш ребенок гуляет на свежем воздухе?

В ходе дальнейшего опроса мы узнали, что для 15% опрошенных родителей характерно частое применение лекарственных препаратов без



врачебного назначения при заболеваниях дыхательной системы, для 45% опрошенных родителей характерно редкое применение лекарственных средств без врачебного назначения, а для 40% опрошенных респондентов самолечение вообще не характерно (Рис. 12).

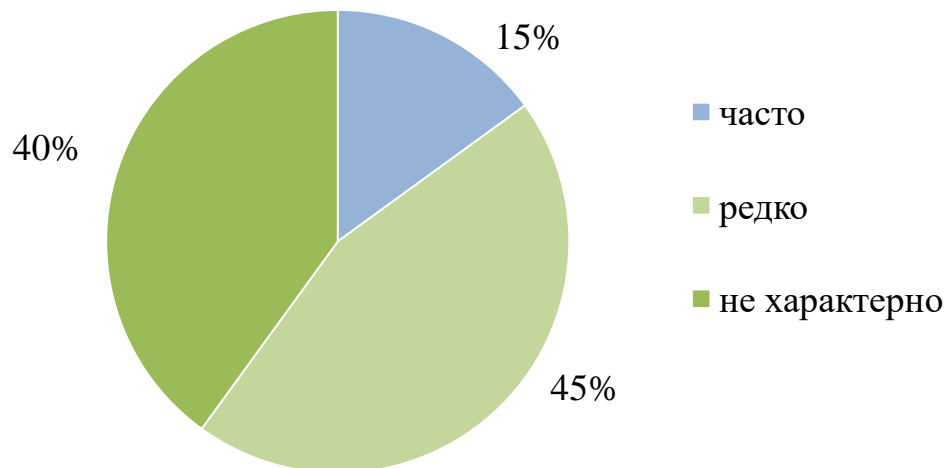


Рис. 12. Как часто характерно для Вас самолечение?

Из участников нашего опроса только 30% знают об основных направлениях профилактики заболеваний дыхательной системы, 30% опрошенных ответили, что не знают ничего о профилактике заболеваний дыхательной системы и у 40% поставленный вопрос вызвал затруднение (Рис. 13).

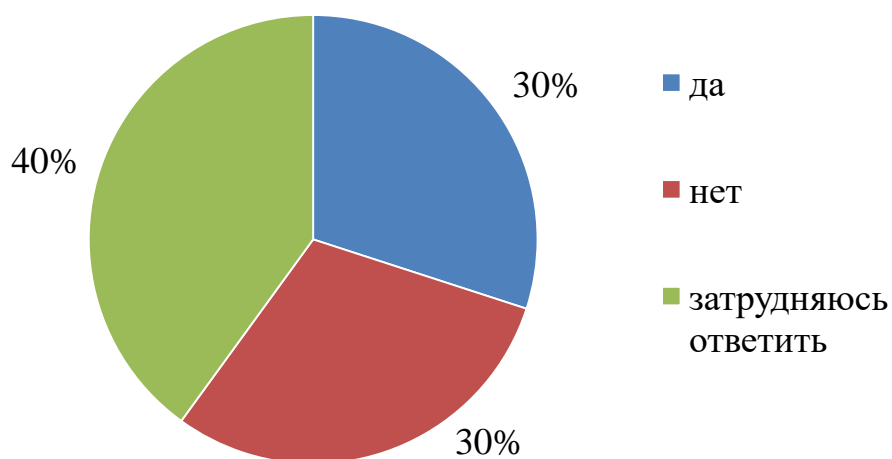


Рис. 13. Знакомы ли Вы с основными направлениями профилактики заболеваний дыхательной системы?

Но в то же время данная проблема вызвала интерес у подавляющего большинства опрошенных (95%), которые указали в ответах, что хотели бы узнать больше о профилактике заболеваний дыхательной системы у детей и только 5% опрошенных ответили отрицательно (Рис. 14).

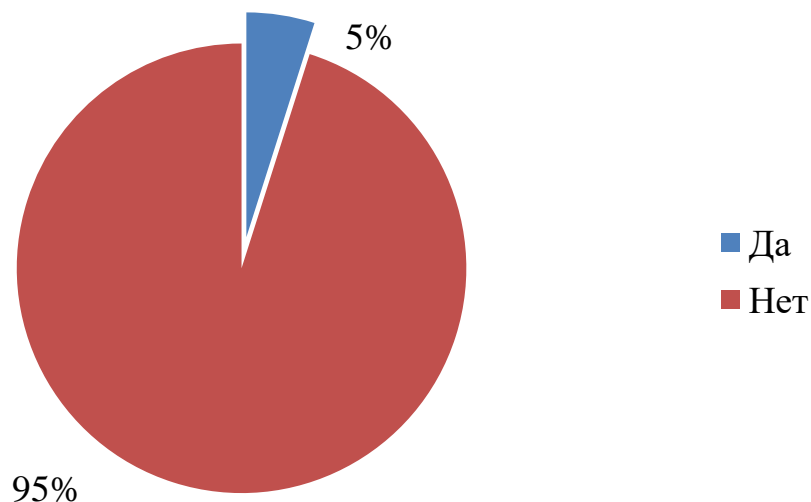


Рис. 14. Хотели ли бы Вы узнать больше информации о профилактике заболеваний дыхательной системы у детей?

Подводя общий итог исследования, можно сказать, что работа по профилактике заболеваний дыхательной системы среди учащихся начальной школы достаточно разнообразна. Она направлена как на самих учащихся, так и на их родителей и имеет достаточно хороший результат. Но в то же время мы видим, что определенная часть учащихся начальной школы болеют заболеваниями дыхательной системы как минимум 2 раза в год. Это объясняется действием различных внешних и внутренних факторов. К внешним факторам мы отнесли: неправильное питание, пассивное курение, гиподинамию, недостаточное пребывание ребенка на свежем воздухе, низкая степень информированности детей и их родителей о способах и направлениях профилактики заболеваний дыхательной системы, частое самолечение. К внутренним факторам мы отнесли: морфологическую и функциональную незрелость ребенка, аномалии конституции, врожденные дефекты развития, наследственность, недоношенность, сниженный иммунитет.

Нами так же была выявлена группа риска среди детей, у которых свежие овощи и фрукты присутствуют реже, чем 3 раза в неделю; в семье есть курящие люди; полное отсутствие закаливающих процедур; гиподинамия. Также мы выявили, что только 30% родителей знакомы с основными направлениями профилактики заболеваний дыхательной системы и 95% опрошенных хотят узнать больше о профилактике болезней органов дыхания. С детьми выявленной группы профилактическая работа должна проводиться постоянно на протяжении всего срока обучения. Важнейшей составляющей такой работы должна быть пропаганда здорового образа жизни, отказ от самолечения. Информацию детям необходимо предоставлять в доступной и интересной форме с применением игровых моментов, анимационных сюжетов. Кроме того, классные часы, родительские собрания с участием медицинского работника должны быть регулярными. Считаем, что наилучшие результаты может дать применения таких форм работы как диалог, беседа, ролевая игра.

Основываясь на результаты проведенного анкетирования, с целью оптимизации работы медицинской сестры по профилактике заболеваний дыхательной системы, нами была разработана веб-страница, в которой в доступной форме описаны основные заболевания дыхательной системы, их причины, симптомы, а так же основные направления профилактики. Созданную нами веб-страницу можно разместить на сайте школы, поликлиники или больницы в разделе «Информация для родителей/пациентов». Считаем, что данная информация повысит мотивацию среди населения не только к профилактике заболеваний дыхательной системы, но и в целом к соблюдению правильного питания, занятиям спортом, отказу от вредных привычек.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В представленной квалификационной работе были рассмотрены основные заболевания дыхательной системы, встречающиеся у детей. Поставленная цель оптимизировать работу медицинской сестры по профилактике болезней органов дыхания с использованием современных информационно-коммуникационных технологий была достигнута.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Брыксина З.Г., Анатомия человека [Электронный ресурс] : учебник для медицинских училищ и колледжей / З.Г. Брыксина, М.Р. Сапин, С.В. Чава - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 424 с. - ISBN 978-5-9704-3774-2 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437742.html>.

2. Гайворонский И.В., Анатомия человека В 2 т. Т. 1. Система органов опоры и движения. Спланхнология [Электронный ресурс] : учебник / И. В. Гайворонский, Г. И. Ничипорук, А. И. Гайворонский; под ред. И. В. Гайворонского" - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-2804-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428047.html>.

3. Здравоохранение в России. 2017 [Электронный ресурс] : статистический сборник / Росстат. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2017/zdrav17.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf).

4. Пауков В.С., Патологическая анатомия и патологическая физиология [Электронный ресурс] : учебник по дисциплине "Патологическая анатомия и патологическая физиология" для студентов учреждений средн. проф. образования / Пауков В. С., Литвицкий П. Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-3449-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434499.html>.

5. Самсыгина Г.А., Кашель у детей. Клиническое руководство [Электронный ресурс] / Г.А. Самсыгина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4160-2 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441602.html>.

6. Самсыгина Г.А., Острые респираторные заболевания у детей [Электронный ресурс] / Г.А. Самсыгина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 224 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-4248-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442487.html>.

7. Самсыгина Г.А., Пневмонии у детей [Электронный ресурс] / Самсыгина Г.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 176 с. (Серия "Библиотека врача-

специалиста") - ISBN 978-5-9704-4395-8 - Режим доступа:  
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443958.html>.

8. Сапин М.Р., Анатомия человека: атлас [Электронный ресурс] : учеб. пособие для медицинских училищ и колледже / М.Р. Сапин, З.Г. Брыксина, С.В. Чава - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-3479-6 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434796.html>.

9. Сединкина Р.Г., Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания [Электронный ресурс] / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-4220-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442203.html>.

10. Смольяникова Н.В., Анатомия и физиология [Электронный ресурс] : учебник / Н. В. Смольяникова, Е. Ф. Фалина, В. А. Сагун. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-2912-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429129.html>.

11. Соколова Н.Г., Сестринское дело в педиатрии [Электронный ресурс]: практикум / Н. Г. Соколова, В. Д. Тульчинская; под ред. Р. Ф. Морозовой. - Ростов н/Д : Феникс, 2015. - 382 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-24645-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222246450.html>.

12. Тарасевич Т.В., Сестринское дело [Электронный ресурс]: учеб. / Т.В. Тарасевич - Минск : РИПО, 2017. - 587 с. - ISBN 978-985-503-646-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789855036464.html>.

13. Теля Л.З., Нормальная физиология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Л. З. Теля, Н. А. Агаджаняна - М. : Литтерра, 2015. - 768 с. - ISBN 978-5-4235-0167-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501679.html>.

14. Global health estimates 2017 summary tables: Deaths by cause, age and sex, by who region, 2015-2018 [Electronic resource] // World Health Organization. – 2018. – Mode of access: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).

15. Global health estimates 2018 summary tables: Deaths by cause, sex and WHO Member State, 2019 [Electronic resource] // World Health Organization. – 2019. – Mode of access: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index1.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html).

16. Global action plan on the public health response to dementia [Electronic resource] // World Health Organization. – 2018. – Mode of access: [http://www.who.int/health/pulmonology/action\\_plan\\_2018\\_2025/en/](http://www.who.int/health/pulmonology/action_plan_2018_2025/en/).

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**



## Анкета

1. Ваш возраст?
2. Ваш пол? жен/муж
3. Сколько раз в течение года ваш ребенок болел заболеваниями дыхательной системы?
  - а) не болел;
  - б) 1 раз;
  - в) 2 раза и более.
4. Знаете ли вы основные причины заболеваний дыхательной системы?
  - а) да;
  - б) нет;
  - в) затрудняюсь ответить.
5. Как часто в рационе вашего ребенка присутствуют свежие овощи, фрукты?
  - а) каждый день;
  - б) 3 раза в неделю;
  - в) 1 раз в неделю и меньше.
6. Есть ли в Вашей семье курящие люди:
  - а) да;
  - б) нет.
7. Есть ли заболеваний дыхательной системы у Ваших ближайших родственников:
  - а) да;
  - б) нет;
  - в) затрудняюсь ответить.
8. Занимается ли Ваш ребенок закаливанием:
  - а) да;
  - б) нет.
9. Занимается ли Ваш ребенок спортом:

- а) да;
- б) нет.

10. Часто ли ваш ребенок гуляет на свежем воздухе:

- а) да;
- б) нет.

11. Как часто характерно для Вас самолечение?

- а) часто;
- б) редко;
- в) не характерно.

12. Знакомы ли Вы с основными направлениями профилактики заболеваний дыхательной системы:

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь ответить.

13. Хотели ли бы Вы узнать больше информации о профилактике заболеваний дыхательной системы у детей?

- а) да;
- б) нет;